

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Abordaje integral en un paciente con
adenocarcinoma esofágico y linfagitis
submucosa esofágica.***

Alumno: Raquel Zamorano Alonso

Director: Araceli Suero de la Hoz

Madrid, mayo de 2023

ÍNDICE

Glosario de abreviaturas y siglas.	4
Resumen.	5
Abstract.	5
2. Presentación.....	6
3. Estado de la cuestión:.....	8
3.1 Fundamentación.....	8
3.2 Cáncer esofágico y linfagitis submucosa esofágica.....	9
3.2.1 Histología.....	9
3.2.2 Epidemiología.....	10
3.2.3 Factores de riesgo.....	11
3.2.4 Clínica.....	11
3.3 Diagnóstico.....	12
3.2.1 Clasificación/estadificación.....	13
3.4 Tratamiento.....	16
3.4.1 Quimioterapia y radioterapia.....	16
3.4.2 Inmunoterapia.....	18
3.5 Metástasis.....	22
3.6 Enfermería en pacientes con cáncer esofágico.	23
4. Justificación.....	25
5. Metodología.....	26
5.1 Objetivo general.....	26
5.2 Objetivos específicos.....	26
5.2.1 Objetivos cognitivos.....	26
5.2.2 Objetivos de habilidad.....	26
5.2.3 Objetivos emocionales, de actitud o afectivos.....	26
6. Presentación del paciente.....	27
7. Instrumentos de valoración.....	30
8. Desarrollo.....	31
8.1 Valoración por patrones.....	31
8.1.1 Percepción y manejo de la salud.....	31

8.1.2 Nutrición-metabolismo	32
8.1.3 Eliminación	34
8.1.4 Actividad-ejercicio	34
8.1.5 Sueño-descanso	35
8.1.6 Cognitivo-perceptivo	35
8.1.7 Autopercepción-autoconcepto.....	37
8.1.8 Rol-relaciones.....	37
8.1.9 Sexualidad-reproducción	37
8.1.10 Adaptación y tolerancia al estrés	38
8.1.11 Valores y creencias.....	38
8.1.12 Escalas	39
8.2 Exploración física.....	39
8.3 NANDA/NOC/NIC.....	41
Bibliografía.....	55
ANEXOS.....	59
Anexo 1. Test de fagerström.....	60
Anexo 2. Escala norton.....	61
Anexo 3. Escala de barthel	62
Anexo 4. Índice de katz.....	63
Anexo 5. Índice de lawton y brody	64
Anexo 6. Escala de karnofsky.....	66
Anexo 7. Escala de downton.....	67
Anexo 8. Escala de glasgow	68
Anexo 9. Escala eva	69
Anexo 10. Escala de hamilton.....	70
Anexo 11. <i>Paliative performance scale (PPS)</i>	71

Glosario de abreviaturas y siglas.

ABREVIATURA/SIGLA	SIGNIFICADO
CE	Cáncer Esofágico
TFG	Trabajo Fin de Grado
LSE	Linfagitis Submucosa Esofágica
MTX	Metástasis
CCEE	Cáncer de Células Escamosas
ACE	Adenocarcinoma Esofágico
GE	Gastro Esofágica
FR	Factores de Riesgo
IMC	Índice de Masa Corporal
DX	Diagnóstico
TC	Tomografía computarizada
RX	Rayos-X
PET	Tomografía de Emisión de Positrones
ENDC	Ecografía Endoscópica
ENDB	Ecografía Endobronquial
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
IA	Inteligencia Artificial
QRT	Quimioradioterapia
CIR	Cirugía
IT	Inmunoterapia
NKC	Natural Killer Cells
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
IV	Intravenosa
ICIS	Inhibidores del Punto de Control
DL	Dislipemia
HTA	Hipertensión Arterial
DM	Diabetes Mellitus
PPS	Paliative Performance Scale

Resumen.

Introducción: El cáncer esofágico es el octavo tumor más común y el sexto más mortal, los dos tipos más comunes son el adenocarcinoma y el tumor de células escamosas. Es más frecuente en hombres que en mujeres y se acompaña de disfagia, emesis, melenas, neumonías y anemia. Su diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen ya que en los primeros estadios es muy complicado determinarlo mediante la clínica. Su tratamiento se centra en quimioterapia y radioterapia, gracias a los avances en otro tipo de tumores se ha comenzado a investigar el uso de la inmunoterapia. **Objetivo:** Conocer la historia de un paciente que padeció de un adenocarcinoma esofágico con linfagitis submucosa esofágica y el impacto que esto causó en su supervivencia, sin contar con los avances en 10 años de evolución de las diferentes líneas de tratamiento. **Metodología:** se desglosará y analizará la historia clínica de un paciente fallecido a causa de esta enfermedad, exponiendo diferentes diagnósticos, actividades e intervenciones a realizar. **Implicaciones para la práctica de la Enfermería:** comprender el gran impacto en pacientes y familiares sabiendo como cuidar en cada fase de la enfermedad.

Palabras clave - términos DeSH: *Neoplasia esofágica; Radioterapia; Epidemiología; Tratamiento; Factores de riesgo; Inmunoterapia; Diagnóstico*

Abstract.

Introduction: The esophageal neoplasm is the eighth more common tumor and the sixth more lethal, the two most common types are the adenocarcinoma and the squamous cell tumor. It's more frequent in men than in women and it's accompanied with dysphagia, emesis, melena, pneumonia and anemia. The diagnosis is done by an imaging test, during the first stages is very complicated to determine it by the clinical features. The treatment is based on chemotherapy and radiotherapy, and thanks to the good results in other tumors the immunotherapy is starting to be investigated. **Objective:** Review the history of a patient that suffered from esophageal neoplasm and esophageal submucosal lymphangitis and the impact that this illness caused, exposing the different methods of diagnosis and treatment comparing it with the ones used 10 years ago. **Methodology:** itemize and analyze the clinical features of a patient explaining the diagnosis, activities and interventions. **Implications for nursing practice:** understand the impact of patients and family understanding how to take care of them in each stage.

Key words - MESH terms: *Esophageal neoplasm; Radiotherapy; Epidemiology; Treatment; Risk factors; Immunotherapy; Diagnosis*

2. Presentación

El Cáncer Esofágico (CE) es el octavo cáncer más común y el sexto más mortal, esta enfermedad hace que muchas familias se rompan ya que el fallecimiento de estos pacientes es casi inminente después del diagnóstico. Por ello con este Trabajo de Fin de Grado (TFG) quiero poder ayudar a ver algo de esperanza en un tema tan oscuro.

El hecho de realizar no solo está carrera sino este TFG también es por mi padre, José Luis. Él no era enfermero, sino economista especializado en marketing, pero apreciaba mucho la enfermería ya que mi abuelo daba clases a las enfermeras en el Hospital Universitario de La Princesa y le contaba muchas cosas acerca de la gestión, cómo trabajaban, como se realizaban algunos procedimientos... y eso me lo contaba él a mí.

Desde que soy pequeña me contaba anécdotas acerca de curas que había realizado utilizando algunos de los procedimientos que aprendió y del trato con el paciente. Cuando ya me fui haciendo más mayor y mi hermana o yo nos hacíamos alguna herida siempre me cogía y me decía “ven, vamos a curar esto como las enfermeras”. Antes de que le realizasen la colecistectomía empezó a vomitar de manera constante y me explicaba porqué le estaba ocurriendo... Cuando le operaron lo mismo, me contó absolutamente todo, y cuando se curaba las heridas me llamaba para que fuese a ver cómo se llevaba a cabo el procedimiento.

Más adelante cuando contrajo una neumonía y fue ingresado le vi con el Ventimask, me contó cosas acerca de la oxigenoterapia (acorde a la edad que yo tenía en su momento), el porqué de la neumonía, los diferentes cuidados que le realizaban las enfermeras... Y cuando subía yo a la habitación a verle siempre le preguntaba “¿qué te han hecho hoy las enfermeras?”.

Me fui haciendo más mayor y le diagnosticaron un adenocarcinoma esofágico, que posteriormente terminó como adenocarcinoma esofágico con linfagitis submucosa esofágica. Me explicaba los ciclos de quimioterapia, los de radioterapia, cuando le pusieron un catéter venoso central de inserción periférica... Pero siempre en lo que más hacía hincapié era en el gran trabajo que hacía enfermería con él. Él adoraba esta profesión y me lo contagió a mí.

Mi padre falleció cuando yo tan solo tenía 12 años y le debo todo y más por haberme enseñado desde pequeña a amar algo tan bonito como es la enfermería. Nunca se habló de su muerte, siempre ponía esperanzas en sus palabras cuando hablaba conmigo, haciéndome pensar acerca de cómo sería capaz de atenderle en cada momento.

Aunque yo le preguntase sobre la cura contra el cáncer siempre me hacía a mí contestar, obviamente eran cosas muy básicas las que yo le contestaba.

Su recuerdo me ha hecho llegar hasta donde estoy ahora mismo y es por eso que este trabajo de fin de grado quiero dedicárselo a él, por el hecho de haberme ayudado siempre aun no estando aquí desde hace casi 10 años.

3. Estado de la cuestión:

3.1 Fundamentación

Este trabajo de fin de grado se centra en la neoplasia esofágica y la metástasis, su diagnóstico y tratamiento para así ver si ha aumentado o no la supervivencia en estos pacientes. Está principalmente centrado en la inmunoterapia y en los estudios más recientes que muestran los mejores resultados. De esta manera los pacientes adultos puedan tener una mayor calidad de vida.

El proyecto comienza dando una breve descripción sobre este tipo de neoplasia y la linfagitis submucosa esofágica, seguido de la histología, epidemiología, factores de riesgo y su clínica. Más adelante se habla de las diferentes formas de diagnóstico y su clasificación según La Sociedad Americana Contra el Cáncer. Se hace mención al tratamiento con radioterapia y quimioterapia, dando mucha importancia a los diferentes estudios y ensayos clínicos acerca de la inmunoterapia. Y por último un breve enfoque sobre la función de la enfermería en esta enfermedad.

Toda la información para hacer posible la redacción del trabajo ha sido encontrada en el motor de búsqueda PubMed, Scielo, El Servier y Dialnet, utilizando Descriptores de Ciencias de la Salud DeCs y MeSH, y los operadores booleanos “or”, “not” y “and”.

DeCs	MeSH
Neoplasia esofágica	Esophageal neoplasm
Radioterapia	Radiotherapy
Epidemiología	Epidemiology
Tratamiento	Treatment
Factores de riesgo	Risk factors
Inmunoterapia	Immunotherapy
Diagnóstico	Diagnosis

Hay información que ha sido obtenida de protocolos como el SEOM y asociaciones médicas como la Asociación Americana Contra el Cáncer, National Comprehensive Cancer Network, Centro Internacional de la Investigación contra el Cáncer, así como del National Cancer Institute para algunas de las definiciones y conceptos más específicos.

3.2 Cáncer esofágico y linfagitis submucosa esofágica

El CE se origina en las células sanas que cubren el esófago, éstas se multiplican de una manera desmesurada creando una aglutinación de células denominado tumor, que puede ser maligno o no. Por lo general este tipo de neoplasias se suelen ocasionar en el epitelio y conforme avanza la enfermedad se disipa hacia las capas más profundas. Las neoplasias que se encuentran en la zona esofagogástrica se catalogan con el CE. (1) (2)

La linfagitis submucosa esofágica (LSE) o metástasis (MTX) es considerada una alteración comprometedor para la vida del paciente ya que el tumor principal se dispersa por el organismo mediante los vasos linfáticos, hacinándose en estos y atorando el vaso. Es muy común que en el caso del CE se vea en pulmón, hígado, cuello y cara entre otros. (3)

3.2.1 Histología

Cáncer de células escamosas del esófago (CCEE), se origina en las células planas de la mucosa, la zona más superficial de la pared del órgano. Este tipo puede darse a lo largo de toda la víscera, es más usual encontrarlo en el esófago cervical, torácico superior y medio. Es más diagnosticado en distintas zonas de Asia. (2) (4)

Adenocarcinoma esofágico (ACE), se origina en las células glandulares, estas células son las encargadas de crear la mucosidad esofágica. Suele producirse por el esófago de Barret, es más usual encontrarlo en el esófago torácico inferior. Se diagnostica más en el oeste de Europa y Estados Unidos. (2) (4)

Unión gastroesofágica (GE), se origina en la unión entre la parte inferior del esófago y la primera parte del estómago. Aunque integre parte del estómago, se tratan y actúan igual que el CE. (2) (4)

Neoplasias no comunes, pueden ser sarcomas, melanomas, carcinoma de células fusiformes, verrugosos, carcinoma mucopidermoide, adenoescamoso, cilindroma, células en avena primario, coriocarcinoma, tumor carcinoide, pseudocarcinoma e incluso linfomas. No son muy comunes y no hay mucha información sobre ellos. (2)

3.2.2 Epidemiología

El CE es la 8ª neoplasia más diagnóstica y la 6ª más mortal en todo el mundo, aumenta la mortalidad cuando nos encontramos en los países menos desarrollados, afectando más a los adultos intermedios y personas de la tercera edad. En el año 2020 se llegaron a diagnosticar 600.000 casos y de ellos 540.000 personas fallecieron (5) (6). La mayor incidencia se da en Asia con un 79.7% (481.552), donde destaca China (324.422), seguido de Europa con un 59.5% (52.993). (7)

La incidencia según sexos en 2020 se explica en la tabla 1, la mortalidad en 2020 por sexos en la tabla 2, los futuros casos en 2030 y 2040 en la tabla 3 y la mortalidad en 2030 y 2040 en la tabla 4.

Hombres	Mujeres	Global
418.350	195.750	614.100
		Disminuyó 16.8%

Tabla 1. Incidencia. Elaboración propia. A partir de: Chun-Quan Liu, Yun-Lei Ma, Qi Qin, Pei-Hao Wang, Yi Luo, Peng-Fei Xu, Yong Cui, et al. 2022

Hombres	Mujeres	Global
374.313	169.763	544.076
		5.6/100.000

Tabla 2. Mortalidad. Elaboración propia. A partir de: Chun-Quan Liu, Yun-Lei Ma, Qi Qin, Pei-Hao Wang, Yi Luo, Peng-Fei Xu, Yong Cui, et al. 2022

Global 2030	Global 2040
79.4%	96.5%

Tabla 3. Incidencia. Elaboración propia. A partir de: Chun-Quan Liu, Yun-Lei Ma, Qi Qin, Pei-Hao Wang, Yi Luo, Peng-Fei Xu, Yong Cui, et al. 2022

Global 2030	Global 2040
72.3%	91.4%

Tabla 4. Mortalidad. Elaboración propia. A partir de: Chun-Quan Liu, Yun-Lei Ma, Qi Qin, Pei-Hao Wang, Yi Luo, Peng-Fei Xu, Yong Cui, et al. 2022

3.2.3 Factores de riesgo

13 artículos que hablan acerca de los Factores de Riesgo (FR) a la hora de padecer una neoplasia esofágica. Se estudió a la población desde el 2000 hasta hoy en día. Los estudios realizados van encaminados únicamente a la población con alto riesgo, aún se ha de profundizar más en las personas con menor riesgo. La prevalencia de un tipo sobre otro en diferentes zonas se debe a los FR. Los dos subtipos de CE tienen en común el riesgo genético, sin embargo, la diversidad de marcadores genéticos y FR hace que las conclusiones de los estudios realizados sean ambiguas. (8)

Los últimos estudios van muy encaminados a realizar una guía y de esta manera identificar de manera temprana a los pacientes. La mayor dificultad es la necesidad de que ésta sea flexible y pueda individualizarse por paciente. (8)

Un estudio identificó los FR para el diagnóstico precoz del ACE: la situación económica, nivel educativo, duración de convivencia con su pareja, número de niños en su casa durante la infancia, presencia de reflujo, si se tomaba algún medicamento anti-reflujo, índice de masa corporal (IMC), consumo o no de tabaco, la altura, ingesta de frutas y verduras, antecedentes oncológicos, uso de medicamentos para relajar la parte baja del esófago o medicamentos para disminuir el colesterol y antecedentes de enfermedades del aparato digestivo. (9)

Algunos de estos FR de CCEE son: la demografía, el estilo de vida, la edad, el sexo, los cigarros/día, el consumo del alcohol, el consumo de frutas y verduras, el consumo de comida salteada, la poca higiene bucal y el consumo de opio. (8)

3.2.4 Clínica

El CE en los primeros estadios es asintomático, suele ser en etapas avanzadas cuando empiezan a aparecer los primeros síntomas. El inicial es la disfagia, dificultad para tragar. Cuando el tumor no ha aumentado mucho su tamaño hay problemas a la hora de deglutir sólidos, finalmente también los líquidos e incluso la saliva. Los vómitos, la hematemesis, melenas, neumonías y anemia son muy típicos. El síndrome de la vena cava superior no se suele dar en la gran mayoría de los pacientes. (1)

Suele estar seguido de dolor torácico, la mayoría de veces éste se irradia hacia la espalda. No da muchas indicaciones acerca de la existencia de un tumor, ya que esta dolencia puede estar relacionada con otros problemas esofágicos. (1)

Debido a la disfagia hay una pérdida progresiva de peso y apetito. Cuando el tumor está ya en una fase muy avanzada se produce compresión del nervio laríngeo provocando dolor, hipo y parálisis del diafragma. La proliferación del tumor por los ganglios linfáticos es muy común, al igual que la MTX en hígado, pulmón y hueso. (10)

3.3 Diagnóstico

El Diagnóstico (DX) de esta neoplasia es muy complicado especialmente en los primeros estadios, por lo que dada su complejidad se está iniciando el diagnostico asistido por ordenador. Se revisaron 40 artículos. La ultrasonografía está muy recomendada ya que pueden diferenciar las lesiones de la mucosa y de la submucosa cuando ésta ha sido invadida. (11)

El uso de la Tomografía Computarizada (TC), Tomografía de Emisión de Positrones (PET), Ecografía Endoscópica (ENDC) y la Ecografía Endobronquial (ENDB) son los métodos utilizados para el diagnóstico del tumor esofágico y gástrico. Cuando se sabe de la existencia del tumor se utiliza el TC. (12)

Es necesario recabar mucha información acerca del tumor y la afectación linfática para poder realizar un estudio completo acerca del tumor esofágico y su pronóstico, para ello se está investigando el uso de la radiómica (13). Los primeros estudios hablan sobre la región intratumoral, aunque sea información importante es fácil pasar por alto alguno que otros datos acerca de la toxicidad de la Quimioterapia (QT) y Radioterapia (RT). En este estudio se centraron en las deformaciones del esófago vistas a través de TC como posibles biomarcadores para ver como respondía el tumor al tratamiento. (11) Esta nueva forma diagnóstica ha sido muy útil para avanzar en el pronóstico y la toxicidad. Un estudio realizado por Li et al. Observó que la radiómica combinada con el conocimiento de la afectación tumoral del paciente hace que tenga un rendimiento superior y un mejor tratamiento posterior. Por otro lado, Van et al. concluyó que las características integrales del PET favorecen saber el pronóstico del paciente comparándolo con el uso de factores clínicos. (13)

Un estudio con 231 pacientes, en su mayoría hombres en estadio III con media de edad 59 años mostró la importancia de individualizar el tratamiento del paciente, explicando que los resultados son favorables midiendo el tumor de manera intra y peritumoral, para concluir que la QT y RT van a ser útiles antes de recibir el tratamiento. También se ha comprobado que la genética y los factores ambientales son factores muy importantes a la hora de analizar el tumor. (11)

Hoy en día se está haciendo un llamamiento al uso de inteligencia artificial (IA) para la comprensión, análisis y presentación de datos clínicos. El siguiente paso es conseguir que esa inteligencia sea capaz de analizar los TC y para ello está la radiómica. (14)

Wang et al. estudió a 131 pacientes que habían sido tratados anteriormente con QT, padecían de metástasis linfática y habían sido intervenidos de los nódulos linfáticos, dando poco margen de error al análisis mediante IA y radiómica. Se ha llegado a ver que este uso de las nuevas tecnologías puede llegar a ser más exacta que la TC. A la hora de detectar el tumor la eficacia es del 59% y se suele utilizar el criterio de “a partir de 1cm”, especialmente para diferenciarlo de los malignos y benignos. Cuando se trata de la detección de los nódulos linfáticos la eficacia es del 30-60% y los de mayor precisión de un 60-80%. A tener en cuenta que el estudio está centrado en Asia y los casos son muy específicos. Es un campo que se debe investigar más porque promete a la hora de diagnosticar. (15)

3.2.1 Clasificación/estadificación

Determina cuanto de diseminada se encuentra la enfermedad en el organismo del paciente, y, por ende, cuanto es de grave y cuál es el tratamiento que mejor conviene a la persona. Los facultativos también lo utilizan para estimar el tiempo de supervivencia. Se organiza mediante números y letras, de esta manera, una letra anterior quiere decir que está menos propagada la enfermedad, a su vez, cuanto menor sea el número hay una menor proliferación del cáncer.

El método más utilizado es el TMN del Comité Conjunto Americano del Cáncer, siendo T el tamaño, N los nódulos contiguos afectados y M la extensión del tumor. (16)

Grado	X	1	2	3
Diferenciación microscópica	No evaluable	Grado bajo Células parecidas a las del esófago	Grado intermedio Células entre grado 1-4	Grado alto Células anormales

Tabla 5. Grados. Elaboración propia. A partir de ACS. Tracy Wyant. 2020

Fase	Descripción
0	Epitelio, no prolifera por las diferentes capas. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo.
IA	Prolifera en la capa muscular. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo.
IB	Prolifera en la capa muscular, submucosa o muscular gruesa. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo.
IIA	Prolifera en la capa muscular gruesa, puede considerarse grado 2/3 y presentarse en cualquier zona del órgano. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo. Prolifera a la capa exterior del esófago, puede considerarse grado 1/2/3 y presentarse en cualquier zona del órgano. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo.
IIB	Prolifera a la capa exterior del esófago, puede considerarse grado 2/3 y presentarse en cualquier zona del órgano. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo. Prolifera a la capa mucosa o submucosa. Prolifera a 1 o 2 ganglios próximos.
IIIA	Prolifera en las distintas capas del esófago. No prolifera en más de 6 ganglios ni órganos próximos.
IIIB	Aumenta en la capa muscular gruesa. No prolifera en más de 6 ganglios. Aumenta en la capa externa del esófago. No prolifera en más de 6 ganglios. Prolifera en la pleura, pericardio o diafragma. No prolifera en más de 2 ganglios.
IVA	Prolifera en la pleura, pericardio o diafragma. No prolifera en más de 6 ganglios. Prolifera en la tráquea, aorta, columna vertebral, No prolifera en más de 6 ganglios. Prolifera a diferentes capas del esófago. Prolifera a 7 o más ganglios próximos.
IVB	Se encuentra en los ganglios linfáticos, diferentes órganos. Más comunes hígado y pulmón.

Tabla 6. Estadios CCEE. Elaboración propia. A partir de ACS. Tracy Wyant. 2020

Etapa	Descripción
0	Epitelio, no prolifera por las diferentes capas. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo.
IA	Prolifera en la capa muscular, grado 1. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo.
IB	Prolifera en la capa muscular o submucosa, grado 1/2. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo.
IIA	Prolifera en la capa muscular, submucosa o muscular gruesa, grado 1/2/3. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo.
IIB	Prolifera en la capa muscular, submucosa, cualquier grado. Prolifera a 1 o 2 ganglios y a ningún órgano. Prolifera a la capa externa del órgano, cualquier grado. No prolifera a ningún ganglio ni órgano próximo.
IIIA	Prolifera en la capa muscular, submucosa o muscular gruesa. No prolifera a más de 6 ganglios, a ningún órgano próximo.
IIIB	Prolifera a la capa muscular gruesa, capa exterior del esófago. No prolifera a más de 6 ganglios, a ningún órgano próximo. Prolifera a la pleura, pericardio o diafragma. No prolifera a más de 2 ganglios, a ningún órgano próximo.
IVA	Prolifera a la pleura, pericardio o diafragma. No prolifera a más de 6 ganglios, a ningún órgano próximo. Prolifera a la tráquea, aorta, columna vertebral u otro órgano próximo. No prolifera a más de 6 ganglios, a ningún órgano próximo. Prolifera a cualquier capa del esófago. Prolifera a 7 o más ganglios, a ningún órgano próximo.
IVB	Prolifera a los ganglios linfáticos y diferentes órganos, los más comunes hígado y pulmón.

Tabla 7. Estadios ACE. Elaboración propia. A partir de. ACS. Tracy Wyant. 2020

3.4 Tratamiento

3.4.1 Quimioterapia y radioterapia

La RT es utilizada sobre todo para los pacientes con un CE inoperable y así controlar su tamaño, también es útil como tratamiento paliativo para minimizar el dolor. (17)

El uso neoadyuvante de la QT tiene varios puntos a favor: pacientes post operatorios tienen mayor tasa de supervivencia, baja la incidencia de intervenciones, elimina micrometástasis, el paciente asimila mejor la RT, permite la evaluación de la sensibilidad de la QT y facilita el cribado en pacientes. Se empezó a investigar en los años 80 con cisplatino y 5-fluorouracilo, terminando con un resultado insignificante. Más adelante se observó que los pacientes que mejor respondían al tratamiento eran aquellos que mayor tasa de supervivencia tenían. Entre 1990 y 1998 se estudió de nuevo, pero esta vez con mejores resultados. Al grupo de experimentación se les administró dos ciclos de QT antes de la intervención y la supervivencia aumentó en tres meses; en el 2009 se vieron los resultados finales en los cuales únicamente habían fallecido 15 pacientes más del grupo de control (17). Si el CCEE se trata únicamente con QT se ha comprobado que más del 50% se vuelve recurrente (18)

La RT para este tipo de neoplasia es complicada, ya que el esófago está rodeado de varios órganos vitales como los pulmones, es por ello que se han ido modificando las distintas técnicas de radiación para que éstas sean menos agresivas. Se analizaron 20 estudios, de los cuales 14 hablaban de la protonterapia, 4 de TOMO y 2 del tratamiento con iones de carbono. Con ello se llegó a la conclusión de que la supervivencia, con y sin el CE, y el poder del control local mejoraban considerablemente comparándolo con la RT convencional. También se concluyó que los efectos secundarios utilizando la protonterapia son menores. (19)

Se realizó un estudio acerca de la re-irradiación y su eficacia. Se escogieron a 573 pacientes y se comparó con la supervivencia de los pacientes dando como resultado: 1 de más de 24 meses, 2 de más de 24 meses, 3 de más de 24 meses, pero con una baja calidad de vida y 5 de más de 24 meses con una calidad de vida moderada. Algunos efectos adversos observados: la perforación esofágica, una fístula y neumonitis debido a la re-irradiación; aun así, no se vio aumento de incidencia por trombopenia, anemia o neutropenia por lo cual, aun siendo graves, conviene

someterse al tratamiento. (18) Hay muy pocos estudios acerca de la re-irradiación, especialmente en relación a la dosis. (18)

La dosis de Quimioradioterapia (QRT) recomendada por *National Comprehensive Cancer Network* es de 50-54 Gy. Las cifras tras este tratamiento aun así no son muy buenas ya que la supervivencia en 5 años es del 20% y 50% de pacientes recaen con un tumor de mayor tamaño. Se analizaron 11 estudios con un total de 1943 pacientes, 962 recibieron bajas dosis mientras que 981 fueron irradiados con cantidades altas no tóxicas de QT y RT. Estos últimos tenían mayores tasas de supervivencia, aunque no mucho mayores. Por otro lado, la existencia o no de MTX no fue un dato diferencial significativo de ninguno de los grupos. Por ende, no se ha llegado a ninguna conclusión. (20)

Minsky et al. realizó un estudio aplicando dosis de hasta 64.6Gy, solo tratando el tumor primario y no los nódulos afectados, y aunque no obtuvo beneficios a la hora de controlar de manera local el tumor, la mortalidad disminuyó. El 85.8% CCEE y el 14.2% AC sobrevivieron. (21) Brower et al. realizó otro estudio utilizando la base de datos americana con un total de 6854 pacientes, 3821 con dosis 50.4Gy y 3033 dosis más altas. Este último grupo lo dividieron en 51-54, 55-60, >60 para ser comparados con el primer grupo. Este estudio demostró que no había cambios en la supervivencia entre los pacientes. (22) Shu et al. realizó un estudio entre pacientes de estadio II y III aumentando el control local del tumor durante 2 años, no aumentando la toxicidad del tratamiento. Este estudio dictamina que 60Gy de RT y QT tiene efecto positivo en los pacientes. (22)

Como conclusión se ha visto que dar dosis más altas sí hace que los pacientes mejoren, pero todavía falta información para poder aplicar esta teoría e individualizar la radiación según el paciente. Hay que tener en cuenta que el uso de ambas técnicas a la vez hace que aumenten los efectos adversos. (22)

Por último, también se puede realizar una Cirugía (CIR), pero no se suele realizar ya que solo es útil en las primeras fases y este tipo de neoplasia suele ser diagnosticado en etapas tardías, por lo tanto, el tratamiento con RT y QT es mejor opción en pacientes que no quieren o no se pueden operar. (23) La remisión completa del tumor mediante los tratamientos convencionales junto con la CIR es un buen factor pronóstico, ya que muestran a la larga una mayor supervivencia con un índice muy bajo de remisión, 29% CCEE y del 23% en el ACE.

Se realizó un estudio con 609 pacientes de los cuales 509 padecían de CCEE, 99 de ACE y 1 de una mezcla de los anteriores. Todos fueron tratados con QT y RT, recibieron la misma cantidad de radiación 30-60Gy, pero solo 353 fueron también tratados con CIR. Pese a que la resección esofágica sea un buen método terapéutico, la tasa de supervivencia resultó ser algo más elevada en los pacientes que no se sometieron a la intervención. (24)

3.4.2 Inmunoterapia

Fue en el año 1992 cuando se descubrió el PD-1, que actuaba en contra de las células cancerígenas. En torno al 2018 se empezó a investigar acerca de la IT, también utilizada para reducir la MTX (17) y la supervivencia ha aumentado un 47%. Lo que la inmunoterapia busca es sesgar el sistema inmune del paciente para un aumento antitumoral, la manera más fácil es con QT y RT para que así se active el sistema inmunitario de la persona. (25)

En un estudio se determinaba la eficacia de la asociación de QT y RT combinada con la inmunoterapia (IT): de 621 casi el 35% de los pacientes tuvieron una respuesta total al tratamiento mientras que el 53% una parcial. Los efectos secundarios de este tratamiento afectaron al 19% de los pacientes, y concluyó que los pacientes tienen una alta tasa de supervivencia. Esto hace q̄ue este tipo de tratamiento sea altamente recomendable en pacientes con un CE después de haber pasado por quirófano para reseca el tumor. (26)

No solo se centraron en realizar estudios con pacientes, sino que se han estudiado los diferentes tejidos y cómo actúan los distintos principios activos en el organismo. Se utilizaron 18 muestras de tejido y se estudiaron pembrolizumab, atezolizumab, nivolumab y atezolizumab combinado (nivolumab, o atezolizumab dual y pembrolizumab). Para ver su efecto se tizaron las células, dando mejores resultados mediante perfusión que en bolo. El bloqueo de las células IC hace que el tumor reduzca su viabilidad, llegando al 63%, comparado con las no tratadas donde la viabilidad está en un 91%. Si se multiplica la dosis de RT la viabilidad se reduce hasta un 48% (27). Con pembrolizumab no hubo resultados notables, pero al añadir RT ya se vieron resultados de hasta el 48%. Con Nivolumab se redujo hasta un 52%. La combinación de atezolizumab, pembrolizumab y RT redujo hasta un 51%. Con atezolizumab, nivolumab y RT se redujo hasta un 47%.

Después se realizó in vivo, pudiéndose ver que en los tejidos después de la radiación aumentaron las células T en el tumor, sobre todo en pacientes con la enfermedad avanzada, lo que confirmaba que el tratamiento estaba siendo efectivo. Hay que tener mucho cuidado con la linfopenia, ya que es una complicación bastante común que se da en la RT y reduce la posibilidad de un buen mecanismo de acción de la IT. (27)

Hoy en día lo que más se investiga es el PD-L1, éste reduce la mortalidad un 37%. Su uso se ha estudiado en primera y segunda línea de tratamiento, aunque la mayoría de los estudios se encuentran hoy en día en III fase. Su uso en primera línea se centra en el anti PD-1 (nivolumab, pembrolizumab (principal), o camrelizumab) combinado con QT. Los pacientes con CCEE y ACE se benefician de esta asociación ya que aumenta la supervivencia en 7 meses. (28).

Su uso en segunda línea se centró en el uso de carbemizumab, aumentando la supervivencia a los 2 meses de empezar este tratamiento. Como conclusión se vio que la IT asociada con la QT era más efectiva para el ACE. Si se diagnostica la enfermedad en las primeras fases es más efectivo el nivolumab asociado a RT, QT y CIR, aumentando la esperanza de vida en 11.4 meses, y en fases más avanzadas el pembrolizumab asociado con QT. (28)

El ramucirumab y trastuzumab solo se pueden utilizar en el AC. La CIR y la QRT son muy importantes en el CCEE, y la metástasis se trata únicamente con quimio (5-fluoracil). Pembrolizumab es muy utilizado cuando hay metástasis en cuello y cabeza, con QT. La respuesta a este tratamiento es del 40% en ACE y del 29% en el de CCEE. (29)

Los biomarcadores se utilizan para ver si los pacientes pueden o no someterse a la inmunoterapia, estos incluyen la inestabilidad de micrometástasis. Lo común es el silenciamiento epigenético del promotor MLH1. Esto detecta desde un 5 a un 7% de TG, pero las pruebas de PD-L1 se utilizan ya de manera habitual. Con esta técnica también se detecta el virus de Epstein-Barr. (30)

Ya que es inducida por las células T y proteínas (29) un estudio se centró en esos principios concluyendo que la abundancia de estas proteínas se asocia al pronóstico del paciente. Hay otros estudios que confirman que si se infiltran linfocitos CD4+ intraepiteliales también aumenta la esperanza de vida, al igual que la cantidad de macrófagos como el CD68+ indicaría una mayor supervivencia. (31), (32)

Un estudio analizó 81 tejidos de CCEE y 11 sin la enfermedad, se utilizaron 26 tipos de células inmunes. Se infiltraron 28 en el tejido neoplásico y los tejidos que lo rodeaban se estimularon con una muestra única. Se dividieron las muestras en 3 grupos, dependiendo del nivel de infiltración, siendo el grupo uno el de menor infiltración. Como resultado se vio que las células endoteliales y CD4 en reposo estaban a niveles más bajos en el tumor, esto es, cuanto menos infiltración mayor supervivencia. (31)

Las células T y T1 se vieron aumentadas en el tumor, lo que produjo una inflamación en el tejido neoplásico. Los macrófagos M2 y las *Natural Killer Cells* (NKC) aumentaron los tejidos que no tenían que aumentar, lo que nos lleva a pensar que éstas puedan estar asociadas a la resistencia de la QT y RT. La infiltración de células T, T1 y CD4 hacen que el tumor se vaya disminuyendo. La infiltración con M2 y QT no es útil, pero la asociación con CD4 y QRT sí, aunque la función del esófago puede verse afectada. (31)

Un estudio administró a 52 pacientes diferentes ciclos de PD-1, 200mg (pembrolizumab), 240mg (toripalimab) y 200mg (camrelizumab) cada 3 semanas, junto con QT y corticoesteroides. Se utilizaron los corticoesteroides ante un posible fallo de la función tiroidea, ésta se evaluaba después de cada ciclo, al igual que la glucosa y la enzima miocárdica. Por otro lado, 32 pacientes solo recibieron QT y RT 5 días a la semana. Uno o dos meses después se les intervino a ambos grupos, como conclusión se vio que la CIR del primer grupo fue más corta y menos invasiva a nivel linfático, mientras que la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), supervivencia a los 30 días y la reaparición del tumor al mes fueron datos muy parecidos. (33)

Otro estudio administró Camrelizumab 200mg por Vía Intravenosa (VI) durante 6 semanas asociado con RT y QT durante las últimas 4 semanas 30 minutos al día. Durante este tiempo se hicieron escáneres de cuello, tórax, abdomen y radiografías (RX) del sistema digestivo. Se realizaron ultrasonografías endoscópicas y una biopsia para así poder ver la progresión del tumor. Se medía la eficacia del tratamiento, si no

había recurrencia y tampoco metástasis. Se hicieron analíticas (hemograma, bioquímica, análisis de orina, enzimas hepáticas, función renal, reacción inmunológica y test hormonal). Para medir la calidad de vida se utilizó el core 30 y escalas EORTC QLQ-OES18 de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer. La inmunofluorescencia fue muy útil en este tratamiento ya que medía las células T, dendríticas, macrófagos y el PD-1. La citometría de flujo midió células T, B y NK a principio y durante todo el tratamiento. (34)

Se centraron en la seguridad y tolerancia del paciente y los efectos adversos se midieron mediante *National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events*. Los datos se recogieron desde agosto del 2018 hasta enero del 2021, no hubo muchos efectos adversos complicados. Efectos adversos relacionados con la inmunoterapia afectaron al 55% de los pacientes, el más común, proliferación endotelial. Aumentó la esperanza de vida en el 69.5% de los pacientes durante 24 meses, más que con QT. (34)

Este es el primer estudio que mide la toxicidad a estas escalas y demostró ser tolerada por los pacientes, además la calidad de vida no fue a peor con el tratamiento. (34) En 2020 se hizo un estudio para el CE metastásico utilizando la inmunoterapia, combinación de un anticuerpo monoclonal PD-1 y cisplatina + 5-fluoracil vs cisplatina más 5-fluoracil, demostrando así su eficacia. (35)

3 estudios mostraron que el 25% de pacientes con ACE sufrió una remisión completa mientras que el 49% parcial. En todos estos estudios se utilizaron diferentes tipos de inmunoterapia (PD-1, carmelizumab, pembrolizumab, sintilimab, toripalimab y tislelizumab) demostrado su efectividad, lo que hace que pase a ser la primera línea de actuación en este tipo de tumor. (35)

Un estudio se centró en los Inhibidores de Puntos de Control (ICIs), estos aumentan las posibilidades de supervivencia especialmente PD-1. Los pacientes que recibieron la asociación de QT y RT obtuvieron mayor eliminación del tumor. Los pacientes recibieron dos ciclos completos del tratamiento con PD-1 y los efectos adversos más comunes fueron: neutropenia (casi el 20%), vómitos, hepatitis (sólo en un paciente), miocarditis (un paciente), neumonitis (un paciente) y colitis ulcerosa (un paciente), pero no se registraron muertes debido al tratamiento. La administración de dexametasona 5mg al principio del tratamiento de ICIs no mostró diferencia alguna. (36) En resumen, es más eficaz el tratamiento de QT y RT con ICIs en este tipo de tumores.

Los glucocorticoides, aunque son muy efectivos en la cura contra el cáncer, aquí no se recomiendan porque pueden reducir la eficacia del PD-1 con la supresión de las células T. (36)

Se está haciendo un estudio con gente adulta inoperable de CCEE que hubieran recibido menos de tres ciclos de QT. Se escogieron a 366 personas a las que se les administró Tislelizumab 200mg IV cada 3 semanas (el día uno de los 21 ciclos) más QT y RT. La duración del tratamiento fue de 24 meses. Para la QT se siguió el protocolo. Se incluyeron pruebas de imagen e incluso TEP. Este estudio se pretende finalizar en octubre del 2023, se mide el avance o no del tumor, las muertes y la seguridad del paciente. (32)

3.5 Metástasis

El 50% de los pacientes diagnosticados de CE sobreviven hasta 5 años gracias a los avances científicos, pero cuando existe MTX la supervivencia disminuye a 4-8 meses incluyéndoles en programas de cuidados paliativos. La metástasis hepática en este tipo de tumor es muy común, 35-40%, que disminuye 6-25% en el caso de tumor recurrente. El hecho de realizar una intervención quirúrgica para así poder eliminarla se lleva desempeñando para otro tipo de tumores, sin embargo, en pacientes con un tumor esofágico está todavía en duda, aunque comparado con el tratamiento paliativo este primero es una mejor opción para el paciente. (37)

Aunque la CIR no esté aprobada como primera línea de tratamiento ha demostrado aumentar algo la esperanza de vida en los pacientes. El 30-65% de los pacientes a los que se le somete a este tratamiento aumenta su esperanza de vida alrededor de unos 5 años, pero estos estudios son muy ambiguos con respecto al tipo de tumor esofágico. Se ha visto que esta medida es mucho más útil en pacientes que sufren de ACE, no hay datos de pacientes que sufren de CCEE. (37)

Se realizó un estudio en el que participaron 96 pacientes que padecían de CE tratados con QT y QRT. A una parte de los pacientes se les realizó la intervención siendo la media de supervivencia de todos ellos de 21 meses. El 50% de los que fueron intervenidos aumentaron su supervivencia durante 5 años, mientras que en el otro grupo únicamente superaron los 21 meses el 11.5%. Un factor muy importante a la hora de medir la supervivencia fue la edad. (38) Se ha llegado a decir que, si hay presencia de tres o menos lesiones en el hígado sí que

es conveniente operar, pero los estudios para llegar a esas conclusiones eran muy pobres, con lo cual no se llegaron a aceptar dichas conclusiones. (37)

El mayor porcentaje de supervivencia ha sido del 77% en pacientes con dos lesiones, solo un paciente presentaba tres. El hecho de tener una edad u otra también influye mucho en el paciente, al igual que el estado basal.

Este tratamiento se está utilizando como la QT paliativa. Muchas intervenciones se han de cancelar ya que si el cirujano considera que el paciente va a necesitar ser intervenido más de una vez no se le opera. Por ende, es muy importante realizar bien las pruebas diagnósticas al paciente y de esta manera saber si es posible operar o no. (38)

3.6 Enfermería en pacientes con cáncer esofágico.

Se compararon 1493 pacientes de los cuales el 27% no recibió ningún tipo de QT pero sí cuidados paliativos tempranos, y el 73% no recibió ni QT ni cuidados paliativos. Los cambios más notables se aprecian en el estadio: los pacientes en estadio 2 y 3, sin posibilidad de tratamiento, sobreviven durante más tiempo que los pacientes con la enfermedad más avanzada. (39)

La mayoría de los pacientes en este estudio escogieron no ser tratados con QT, otros estudios han demostrado que este tipo de tratamientos aumentan la esperanza de vida, aunque no por mucho tiempo. (40) Cuando a los pacientes no se les da ningún tipo de soporte paliativo éstos se ven en peores condiciones, disminuyendo así su pronóstico. Tenido en cuenta el último grupo de pacientes, el 66.7% impresiona por la buena tolerancia a los síntomas como el dolor, la incapacidad de nutrición... (39). Por ende, los cuidados paliativos que han sido analizados en este estudio son los convencionales, no se han especializado en cuidados oncológicos. No solo afecta a la supervivencia el hecho de recibir o no un tipo de cuidados u otros, también la raza, sexo, el nivel socioeconómico, la dieta, los hábitos tóxicos... influyen. (39)

Los pacientes con MTX son inmediatamente derivados a los cuidados paliativos, éstos proporcionan confort y control sintomático. Dependiendo de la localización se utilizarán diferentes terapias como la QT cuando el tumor primario se encuentra muy diseminado o la RT si el tumor primario está bien localizado, como por ejemplo tratamiento de disfagia y síntomas neurológicos. (41)

Uno de los cuidados a tener más en cuenta son los de disfagia, es muy normal ver a un paciente diagnosticado de CE sondado para así poder mantener su estado nutricional e hídrico. Este problema deglutorio causa bastante intriga en las familias que deciden cuidar a sus familiares en el domicilio en sus últimos momentos de vida, especialmente por el control del dolor. La enfermera es la encargada de instruir a los familiares y/o acompañantes del enfermo para la buena práctica de las diferentes técnicas.

Otro síntoma bastante común en este tipo de pacientes es la astenia, es muy importante la educación sanitaria para el buen control sintomático. (41)

La enfermería no es sólo responsable de paliar y ayudar al manejo de síntomas, también el apoyo psicológico y emocional es una parte muy importante a tener en cuenta en estos pacientes. La educación sanitaria la hora de adelantar los posibles sucesos conforme avanza la enfermedad hace que estos pacientes puedan expresarse y aclarar el mayor número de dudas posibles para así llevar el proceso oncológico de una forma más llevadera. (41)

4. Justificación

El cáncer esofágico es un tipo de neoplasia muy agresiva que afecta a millones de personas en todo el mundo. Esta enfermedad cursa con disfagia, problemas respiratorios, vómitos y pérdida de peso entre otros síntomas. Es considerado el sexto cáncer más mortal ya que la supervivencia en cinco años es del 50%, todo esto es gracias a las diferentes técnicas de diagnóstico y tratamiento. El tumor esofágico viene dado especialmente por el tabaco, mala higiene, consumo de alcohol y el estilo de vida, y es mucho más común en el sexo masculino. Los nuevos métodos diagnósticos se están centrando en el uso de la inteligencia artificial, ya que con una serie de parámetros abarca más que los métodos actuales. (1-15)

Por otra parte, el tratamiento también está evolucionando, la quimioterapia, radioterapia y quimioradioterapia están pasando a un segundo plano, mientras que la inmunoterapia está siendo recientemente investigada dando mejores resultados. También se planteó aumentar las dosis de los tratamientos convencionales, pero aun así los resultados no superaban a lo comentado anteriormente. La intervención quirúrgica se está dejando a un lado debido a las recientes investigaciones concluyen que no es tan efectivo y a la larga causa bastantes problemas a los pacientes. Por ahora uno de los mejores tratamientos que se está demostrando eficaz para las personas que padecen esta enfermedad es la asociación de la quimioterapia y radioterapia con la inmunoterapia. (17-34)

La linfagitis submucosa esofágica es otro de los grandes problemas del cáncer, la diseminación a otros órganos causa mucha incertidumbre a nivel personal y médico. Los últimos estudios han determinado la posibilidad de operar a los pacientes que tengan como máximo tres tumores hepáticos a causa de esta metástasis. (35-36)

Todas estas últimas investigaciones no dejan nada claro la situación, todavía no hay conclusiones finales y estos temas se siguen investigando. La inmunoterapia se comenzó a explorar a fondo a partir del 2018 y todo está muy reciente. Los estudios no pasan de la tercera fase. Lo mismo ocurre para llegar a entender la metástasis, las diferentes tecnologías a la hora de diagnosticar este tipo de tumores y el papel de la enfermería. (16-41)

Por ello se va a realizar un estudio de caso acerca de un paciente fallecido por un adenocarcinoma esofágico y linfagitis submucosa esofágica. De esta manera ver de forma más cercana la repercusión de la enfermedad al paciente y entorno.

5. Metodología

5.1 Objetivo general

Conocer la historia de un paciente que padeció de un adenocarcinoma esofágico con linfagitis submucosa esofágica y el impacto que esto causó en su supervivencia, sin contar con los avances en 10 años de evolución de las diferentes líneas de tratamiento.

5.2 Objetivos específicos

5.2.1 Objetivos cognitivos

- Identificar las necesidades del paciente según la fase de la enfermedad.
- Analizar posibles factores de riesgo antes de que aparezcan mayores complicaciones.
- Conocer las posibles capacidades de adaptación a situaciones amenazantes.

5.2.2 Objetivos de habilidad

- Demostrar la falta de investigación en este campo.
- Realizar una valoración completa en todos los aspectos tanto sociales como psicológicos.
- Comunicar la importancia del cuidado a pacientes con mal pronóstico.

5.2.3 Objetivos emocionales, de actitud o afectivos

- Valorar las necesidades psicosociales y sociofamiliares del enfermo durante el proceso.
- Relatar el proceso de enfermedad de manera más exhaustiva.
- Expresar las preocupaciones del paciente y su familia.

6. Presentación del paciente

Paciente de 43 años nacido en Madrid el 10 de abril del 1968, como antecedentes personales el paciente presenta un trastorno de ansiedad generalizada inducido por el diagnóstico oncológico, no muestra antecedentes de alergias medicamentosas, no hipertensión arterial (HTA), no Dislipemia (DL), no Diabetes Mellitus (DM). Como antecedentes quirúrgicos se le realizó una colecistectomía. Hábito tabáquico activo de 20 cigarrillos diarios. Antecedentes familiares, consta que su padre falleció de un cáncer de colon en el 2007.

En tratamiento con:

Fármaco	Pauta	Duración del tratamiento
Lorazepam 1mg	Un comprimido cada 12 horas	Crónico
Omeprazol 20mg	Un comprimido en ayunas	Crónico
Paroxetina 20mg	Dos comprimidos en desayuno	Crónico
Haloperidol 2mg/mL	20 gotas antes de dormir	Crónico
Clorazepato dipotásico 50mg	S/p mal control del dolor	Crónico
Suplementos nutricionales	Uno o dos diarios	10 de abril de 2012 hasta exitus
Amoxicilina/clavulánico 875/125mg	Un comprimido cada 12 horas durante 10 días	10 de octubre del 2012
Moxifloxacino 400mg	Un comprimido cada 24 horas durante 14 días	10 de noviembre del 2012
Cefditoreno 200mg	Un comprimido cada 12 horas durante 14 días	Comenzado y terminado en febrero del 2012. Repite pauta el 10 de noviembre del 2012
Paracetamol 1 g	Un comprimido cada 8 horas	Comenzado y terminado en noviembre del 2012
Levofloxacino 500mg	Un comprimido cada 12 horas durante 14 días	Comenzado y terminado en febrero 2012.

		Repita pauta 16 de octubre del 2012 durante 14 días. Repita pauta el 16 de abril del 2013 durante 5 días.
Tramadol/paracetamol 75/650 mg	Un comprimido cada 8 horas	26 de diciembre del 2012 hasta 6 de mayo del 2013.
Ibuprofeno 600mg	Un comprimido cada 8 horas	26 de diciembre del 2012. Repita pauta el 6 de mayo del 2013 pero ingiere 2 comprimidos diarios hasta 14 de mayo del 2013
Tramadol 50mg	Un comprimido cada 8 horas	6 de mayo del 2013 ingiere dos comprimidos diarios hasta 14 de mayo del 2013
MST 20mg	Un comprimido cada 12 horas	14 de mayo del 2013 hasta 4 de junio del 2013
Rescate sevredol 5 mg	S/p cada 4 horas por mal control del dolor	6 de mayo del 2013 hasta 4 de junio del 2013
MST 30 mg	Un comprimido cada 12 horas	4 de junio del 2013 hasta 18 de junio del 2013
Dexametasona 4mg	Un comprimido cada 12 horas comenzando en desayuno	18 de junio del 2013 hasta 9 de julio del 2013
Loperamida 4mg	S/p por diarreas	22 de enero del 2013 hasta el 18 de junio del 2013
MST 40 mg	Un comprimido cada 12 horas	18 de junio del 2013 hasta exitus
Fentanilo 12mcg	Cada 72 horas	18 de junio del 2013 hasta exitus
Lactulosa 15mL	De 1-3 sobres diarios	18 de junio del 2013 hasta exitus
Dexametasona 4mg	Pauta descendente. Un comprimido cada 24 horas durante 5 días, después de esos 5 días intercalar ingesta	9 de julio del 2013 hasta exitus

Nistina oral 60 mL	Un enjuague cada 6 horas	22 de enero del 2013 hasta exitus
Infusor (midazolam 5mg+ morfina 1%)	48 horas	17 de noviembre del 2012 hasta exitus

Tabla 8. Evolución el tratamiento del paciente. Elaboración propia. A partir de la historia clínica.

Su historia oncológica comienza por un diagnóstico incidental en febrero de 2012, acude al servicio de urgencias del hospital San Rafael con un cuadro que cursa con fiebre y dolor en la región costal derecha. Se realizan distintas pruebas de imagen, TAC y RX, diagnosticándose una neumonía. El paciente refiere disfagia de sólidos de dos meses de evolución asociado con emesis de un mes de evolución. El 3 de abril de 2012 se le realiza una endoscopia donde se aprecia una neoplasia estenosante en zona media y proximal y varias lesiones milimétricas alrededor. Se toma una muestra y se confirma el adenocarcinoma esofágico de tipo intestinal.

El 3 de marzo del 2012 se realiza un PET TAC donde se aprecian pequeños cambios en el lóbulo superior derecho y engrosamiento pleural, después de valorar ambas pruebas se decide comenzar el tratamiento con QT, si ésta no da resultado se le administraría QRT. El primer ciclo se le suministró el 10 de abril de 2012 y se le realizó otra gastroscopia para observar la progresión tumoral, el paciente mostró buena tolerancia al tratamiento. Debido a los resultados de la gastroscopia se decidió cambiar el tratamiento de QT y se le administró un segundo ciclo el 4 de mayo del 2012, dando a su vez los resultados de la última gastroscopia y observando la progresión tumoral por todo el esófago. El 10 de julio del 2012 se le realizó un TC con contraste oral e intravenosos percibiendo un engrosamiento del tercio distal del esófago, adenopatías mediastínicas e hiliares y un leve aumento de las masas pulmonares. Se decide comenzar con la QRT terminando el tratamiento el 28 de agosto del 2012.

El 16 de octubre del 2012 se confirma la metástasis pulmonar cambiando de nuevo la pauta del tratamiento con QT y más adelante, el 19 de febrero del 2013, se confirmó la metástasis hepática mediante un TC con contraste intravenoso. Finalmente se acotó el diagnóstico, adenocarcinoma esofágico con metástasis pulmonares y hepáticas. El 21 de mayo del 2013 se diagnosticaron las metástasis óseas, 8º costilla, D12, L1y pelvis. El tratamiento fue cambiando y terminó con RT paliativa a nivel costal y D12.

El paciente, cuidadora principal no profesional y familia fueron conocedores del diagnóstico y pronóstico durante todo el proceso de la enfermedad. No pudo ser incluido en ESAD por exitus.

El paciente se encuentra hiporético y asténico, caquexia leve comenta una pérdida de peso de 10kg en un mes y medio. Disfagia con la ingesta de sólidos, no indica presencia de dolor. El paciente comenta picor en la región tibial derecha de dos meses de evolución. En la exploración física no se palpan adenopatías, el abdomen se encuentra blando y depresible, sin masas, ni ascitis, ni puntos dolorosos. No hay signos de trombosis venosa profunda (TVP). El resto de la exploración sin alteraciones. No presenta disnea.

En cuanto a su situación sociofamiliar, el paciente está casado y vive con sus dos hijas, su mujer es la cuidadora principal no profesional. Su madre vive en Madrid y le visita de vez en cuando en el domicilio, tiene una hermana que también habita en Madrid con la que no mantiene contacto desde hace varios años. En la vivienda hay una cuidadora externa de lunes a viernes en horario completo que descongestiona a la cuidadora principal con ambas hijas.

Sobre su situación psicosocial, el paciente tiene recursos para poder garantizarse unos buenos cuidados en domicilio. Sale varias veces a la semana al parque, a diferentes restaurantes de la zona y a su lugar de trabajo. Mantiene una vida laboral y social activa por el momento. Es autónomo, tiene su propia empresa de marketing, conforme avanza la enfermedad deja la vida laboral centrándose más en su familia y él mismo. Deja de salir a la calle, pero acude a eventos familiares comunicando a la familia su pronóstico como “ésta es mi última comida familiar”.

7. Instrumentos de valoración

Los instrumentos utilizados para la correcta valoración del paciente han sido la historia clínica del hospital MD Anderson, diferentes artículos acerca de la organización de los patones funcionales de Marjory Gordon y diferentes entrevistas a familiares y allegados del paciente.

8. Desarrollo

8.1 Valoración por patrones (42, 43)

8.1.1 Percepción y manejo de la salud

Paciente diagnosticado en febrero de 2012 con un adenocarcinoma esofágico y linfagitis submucosa esofágica. Como antecedentes personales el paciente padece un trastorno de ansiedad generalizada debido al diagnóstico oncológico. En los antecedentes familiares de interés figura que su padre falleció en julio de 2007 debido a un carcinoma de colon. El paciente ha sido intervenido por una colelitiasis en 2009. Su historia cuenta con varios ingresos hospitalarios, la mayoría debido al último diagnóstico.

El paciente no cursa con HTA, ni DL, ni DM, no figuran alergias medicamentosas conocidas. El paciente cumple con el calendario de vacunación completo. Se encuentra en tratamiento con Lorazepam 1mg un comprimido en desayuno y cena, Paroxetina 20mg dos comprimidos en el desayuno, Haloperidol 20 gotas por la noche y Clorazepato dipotásico 50mg si precisa por mal control de la ansiedad, no consta falta de adherencia al tratamiento actual.

Buen aspecto general aun siendo conocedor del diagnóstico, está aseado y bien vestido, no falta de recursos económicos, domicilio en el centro de Madrid. Hábito tabáquico activo, bebe más de 9 cafés expresso diarios y un café con leche por las mañanas. No consume alcohol de manera excesiva, refiere consumo esporádico algún que otro fin de semana. Tampoco refiere el consumo de ningún estupefaciente que no sea el tabaco y la cafeína.

Dependiente para la alimentación, aseo, vestido y deambulación: Conforme avanza la enfermedad el paciente va perdiendo autonomía hasta el punto de necesitar de cuidados hospitalarios, imposibilidad de mantenerlos en domicilio. Al inicio del diagnóstico oncológico el paciente es dependiente para ir a las diferentes consultas en el hospital, como de las pautas medicamentosas, pero conforme avanza el proceso oncológico ya es dependiente de su madre y de su cuidadora principal no profesional.

Tanto el paciente como la familia son conocedores del diagnóstico y pronóstico en todo momento, no consta un pacto de silencio. La actitud ante la enfermedad no fue del todo positiva, el paciente refiere tener miedo debido al fallecimiento de su padre por una neoplasia maligna de colon. Más adelante fue diagnosticado un trastorno de ansiedad generalizada que fue tratado con medicamentos, no recurrió a ayuda profesional en ningún momento del proceso.

El paciente precisó educación para la ingesta de diferentes medicamentos, las pautas farmacológicas las cumplió durante la enfermedad excepto al final, debido al dolor que sufría en diferentes zonas óseas y a las fuertes diarreas causadas por el tratamiento con QT y RT. No constan datos en la historia clínica donde el paciente haya recurrido al uso de medicinas alternativas.

8.1.2 Nutrición-metabolismo

Antes de comenzar todo el proceso oncológico el paciente presenta un peso de 83kg y altura de 1.75m, el índice de masa corporal (IMC) es de 27.1 (44), el paciente padece de obesidad leve. Afebril. Conforme avanza la enfermedad el paciente presenta cambios en su estado nutricional, en febrero del 2012 refiere disfagia a sólidos de dos meses de evolución asociado con emesis de un mes de evolución. Expresa haber perdido en un mes y medio 10 kg, debido a la afectación esofágica el paciente insinúa buena tolerancia a dieta blanda, los líquidos los ingiere sin problema. El paciente es derivado a un nutricionista por los problemas que presenta al ingerir los alimentos.

El 10 de abril del 2012 se realiza un cambio nutricional pasando de dieta blanda a dieta túrmix, continúan las emesis. Aún con el cambio de dieta el 4 de mayo del 2012 la disfagia selectiva se mantiene. El 19 de junio del 2012 aumenta la disfagia y con ello la emesis, el 18 de septiembre del 2012 el paciente se encuentra en 69 kg habiendo perdido 4kg hasta el momento, se reintroduce dieta semisólida con buena tolerancia. El 16 de octubre del 2012 se observa mejoría progresiva de la disfagia, el paciente evoluciona positivamente durante un mes, pero el 20 de noviembre del 2012 comienza a perder peso de manera progresiva, sin disfagia, con emesis.

Debido a la localización del tumor su dieta no es muy variada, aunque mantiene visitas al nutricionista. El paciente sufrió de mucositis oral el 5 de enero del 2013 por lo que se le aconsejó administrarse enjuagues con abundante agua, sal y bicarbonato, además de las medidas farmacológicas.

El paciente se encuentra caquéctico (45) siendo su peso el 11 de diciembre del 2012 62kg, va disminuyendo conforme progresa la enfermedad. El 2 de abril del 2013 presenta disfagia a sólidos con un peso actual de 62.5 kg, hay un cambio de dieta de semisólida a líquida. Evoluciona progresivamente esa disfagia y esa emesis hasta el 9 de julio del 2013 cuando el paciente presenta una caquexia grave, aunque sin disfagia asociada.

Piel no íntegra, posee un dispositivo de acceso venoso periférico para tratamiento con QT, colocado el 12 de abril del 2012 en zona subclavia derecha. Presenta cuatro marcas en el abdomen debido a la intervención quirúrgica para la retirada de la vesícula biliar. No es necesaria la retirada de puntos de sutura. Picor en región tibial derecha de dos meses de evolución, aunque no hay pérdida de la integridad cutánea. Acropaquías. Implantes dentales tipo puente.

El paciente no presenta problemas de masticación debido a las prótesis dentales no permanentes. No consta que tenga problemas en la absorción de alimentos, el 18 de septiembre del 2012 se le realizó una prueba de tránsito en la que no se apreciaron alteraciones. Padece de problemas digestivos, por un lado, los vómitos alimenticios y por otra parte, el paciente sufrió diarreas de diferentes grados que cede con medicamentos, y estreñimiento que también cedió con medicamentos.

No tiene dificultades para realizar diferentes comidas en el domicilio ni tampoco para su manipulación. Ingiere suplementos nutricionales en forma de batidos desde el 10 de abril del 2012. Debido al proceso de enfermedad el paciente tuvo que variar su dieta dependiendo del estadio en la que el tumor esofágico se encontraba. No presenta alergias ni intolerancias alimenticias.

No hay suficientes datos para calcular la ingesta hídrica diaria.

8.1.3 Eliminación

El paciente no da indicios de padecer ningún problema a nivel de tránsito al principio del tratamiento, más adelante el 22 de enero del 2013 el paciente expresa diarreas de grado tres con más de 7 deposiciones diarias. En la siguiente consulta con el oncólogo el día 5 de febrero del 2013 las diarreas disminuyeron, siendo estas de grado uno manifestando dos deposiciones líquidas diarias. Ambos episodios fueron tratados con loperamida.

Después de ambos episodios el paciente sufrió otro cuadro, de estreñimiento pertinaz una deposición a la semana, desde que el paciente comenzó la pauta de MST y fentanilo tuvo que ingerir de 1 a 3 sobres de lactulosa diarios. Este episodio cedió con el exitus. No comenta dolor a la hora de defecar.

En cambio, el paciente no refiere problemas en la eliminación urinaria. No hay alteraciones en la transpiración. No hay presencia de ostomías ni catéteres, no hemorroides ni antecedentes de ello, no hay datos acerca de fisuras ni fístulas. El paciente utilizó absorbentes debido a una incontinencia urinaria de esfuerzo hasta su fallecimiento. No refiere tener dolor a la hora de orinar.

8.1.4 Actividad-ejercicio

Constantes estables durante el proceso de enfermedad, se encuentran dos episodios de hipotensión, el primero el 22 de enero del 2013 tras cambio decúbito a bipedestación sin cefalea ni postcrisis. El segundo episodio de hipotensión se dio el 19 de febrero del 2013 con pérdida de conciencia durante 2-3 segundos, siempre de noche, no presenta sensación de focalidad, asociado a neuropatía que varía de grado según la etapa.

La saturación fue correcta hasta el 9 de julio del 2013 donde se tuvo que pautar oxigenoterapia a domicilio y presencia de disnea de mínimos esfuerzos a principios de julio del 2013. Como antecedentes de enfermedades del sistema respiratorio consta una neumonía adquirida en la comunidad en febrero del 2012. El 16 de abril del 2013 comenzó con tos productiva con expectoración blanquecina la cual preocupaba al paciente debido al aumento.

Era un paciente independiente y conforme avanzaba la enfermedad la movilidad se vio reducida hasta mantener una vida cama sillón, en el momento de su muerte estuvo completamente encamado al practicar la sedación paliativa. El tono muscular fue disminuyendo con la caquexia y con ello la movilidad y fuerza, incremento progresivo de la debilidad.

8.1.5 Sueño-descanso

El paciente presenta insomnio de conciliación debido a la ansiedad, a la ingesta constante de cafeína y las siestas diurnas, es por ello que ingiere de manera crónica Lorazepam y haloperidol. Sus siestas duran una media de 3 horas, refiriendo no tener un descanso reparador por las noches. Duerme una media de 8 horas diarias. Todas las horas de descanso, diurnas y nocturnas, las realiza en la habitación de su domicilio necesitando estar todo completamente a oscuras.

Alguna que otra vez sufre de insomnio de mantenimiento, refiriendo necesitar levantarse al salón para ver la televisión e intentar conciliar el sueño de nuevo. Este insomnio de mantenimiento no suele ser tan común como el anterior y el paciente lo palia de manera satisfactoria.

El dolor que padece, aun siendo paliado por diferentes terapias, favorece a la falta de descanso, al igual que el consumo de cafeína y tabaco.

8.1.6 Cognitivo-perceptivo

Paciente consciente y orientado en las tres esferas, alerta. Capaz de tomar sus propias decisiones, sin alteraciones en el lenguaje ni en la memoria.

El paciente refiere tener dolor desde el 17 de noviembre del 2012, al principio del diagnóstico. El paciente acude al servicio de urgencias del hospital por dolor en región costal inferior derecha de inicio repentino desde el 14 de noviembre, este dolor aumenta con la palpación, respiración y tos. En todos los episodios de dolor refiere tener secreciones respiratorias que no es capaz de expulsar.

El 20 de noviembre del 2012 el dolor que manifiesta es a nivel del hemitórax derecho en la inspiración profunda y en decúbito lateral derecho no asociado con disnea, dolor a punto de dedo en novena y décima costilla, es paliado con paracetamol.

Más adelante el 22 de diciembre del 2012 vuelve a acudir a urgencias por dolor continuo en región costal inferior derecha, dolor es paliado con ibuprofeno. Es visto en consulta el 26 de diciembre del 2012 y refiere mantenimiento del dolor, EVA 6-8, aumenta dolor con el movimiento. Gracias al tratamiento el dolor va mejorando hasta el 26 de febrero del 2013, siendo este dolor igual que el resto de episodios. El 16 de abril del 2013 aun teniendo dolor este se mantiene controlado con la medicación.

El 6 de mayo del 2013 el paciente refiere malestar general debido a un dolor a nivel lumbar-dorsal, EVA 9, al incorporarse desde decúbito, no empeora con el movimiento y no asocia pérdida de fuerza. Refiere irradiarse en forma de cinturón. Se pauta paracetamol, pero al no ser efectivo se cambia a tramadol e ibuprofeno. Esa sensación dolorosa va disminuyendo hasta el 22 de mayo del 2013 cuando es administrado RT antiálgica. Aun así, el dolor persiste y se le administra morfina de liberación retardada.

El 4 de junio del 2013 acude a consulta por un dolor EVA 7 a nivel dorsal y hemicostal aumentando así la dosis de mórfico. El 18 de junio del 2013 aun teniendo un dolor EVA 4 no precisa rescates, desde esta fecha el dolor se controló mediante el uso de mórficos.

El 17 de abril del 2012 el paciente refiere sentir hormigueo, dolor y parestesias en miembros inferiores, este evoluciona y dura unos 2-3 días. La neuropatía en diferentes grados que sufría el paciente no consiguió ser paliado.

El paciente no presenta alteraciones cognitivas, ni perceptivas, no hay alteraciones en la conducta. No hay datos que expresen la falta de comprensión del paciente.

8.1.7 Autopercepción-autoconcepto

No hay datos que determinen que tenía problemas conductuales, ni con su imagen corporal si hay un problema de ansiedad ante el diagnóstico oncológico.

8.1.8 Rol-relaciones

Vive en el mismo domicilio que su mujer y sus dos hijas, no tiene relación con su hermana y con su madre mantiene una relación formal. El apoyo familiar que recibe respecto a su enfermedad se la dan sus amigos y su mujer, también es el único apoyo que busca.

Se tuvieron que hacer algunos que otros cambios en el domicilio, el más llamativo fue el de dejar de fumar, ya que al empezar con la oxigenoterapia domiciliaria se volvía muy peligroso el estar fumando cerca de la bombona.

Son un grupo de 7 amigos que se conocieron cuando estudiaban primaria juntos, excepto uno de ellos que es amigo de uno del grupo y vivía en un pueblo de Zamora. Siempre han estado muy unidos y quedaban todas las semanas. La empresa de marketing era dirigida a medias con uno de sus amigos. Siempre han apoyado mucho al paciente y a su familia.

Lo que más le costaba al paciente era ver que el tabaco era lo que había causado la enfermedad, aun así, seguía diciendo que su padre dejó de fumar y murió de una neoplasia de colon y él no iba a dejarlo, que si de ambas formas se moría uno no iba a dejar de fumar.

8.1.9 Sexualidad-reproducción

No hay datos para la valoración del patrón.

8.1.10 Adaptación y tolerancia al estrés

La afrontación ante situaciones estresantes se centraba en fumar y morderse las uñas, el paciente refiere que fumar le ayuda a normalizar la situación. Su capacidad de adaptarse a los cambios era nula, cualquier propuesta era rechazada, no buscaba cambios en su vida. Él se consideraba alguien feliz tal y como llevaba su vida.

Se apoyaba mucho en sus amigos íntimos y con su mujer, eran las personas que buscaba para desahogarse especialmente después de las consultas médicas. Se iba a tomar unos cafés y hablaba con sus amigos en privado sobre sus pensamientos acerca de cómo iba el diagnóstico. Con sus amigos quedaba aproximadamente una vez a la semana.

8.1.11 Valores y creencias

El paciente pregunta directamente acerca del tiempo de vida restante y solicita estar tranquilo. Su actitud ante el pronóstico es positiva, no muestra cambios conductuales a la hora de conocer la información. Era una persona muy reservada, hablando con diferentes familiares que estuvieron presentes durante el proceso de enfermedad comentan que podría ser por sus hijas pequeñas. No le gustaba hablar del tema de la muerte debido a la falta de asimilación, le preocupaba mucho morirse pronto y no ver a sus hijas crecer.

Su vida la llevó con la máxima naturalidad posible debido a la manera de afrontar las malas noticias. Se le brindó la oportunidad de hablar con un psicólogo durante su estancia en el hospital, pero no fue acogida la idea de manera positiva.

Sus planes de futuro se centraban en continuar con su trabajo y ver crecer a sus hijas. Era una persona que consideraba estar satisfecho con lo que había llegado a conseguir gracias a su esfuerzo en el ámbito laboral.

No realizó prácticas religiosas y eso no le causó inquietud alguna.

8.1.12 Escalas (46)

Índice/escala	Inicio (14/02/2012)	Última consulta oncología (9/07/2013)
Test de Fagerstom (47) ver anexo 1	9, dependencia intensa	9, dependencia intensa
Norton (48) ver anexo 2	19, no hay riesgo de úlceras por presión	12, riesgo alto de úlceras por presión
Barthel (49) ver anexo 3	100 puntos	30 puntos
Katz (50) ver anexo 4	0, incapacidad leve	2, incapacidad moderada
Lawton y Brody (50) ver anexo 5	8 puntos	5 puntos
Karnofski (51) ver anexo 6	80 puntos	30 puntos
Downton (52) ver anexo 7	1 punto, resigo bajo	3 puntos, riesgo algo
Glasgow (53) ver anexo 8	15 puntos	15 puntos
EVA (54) ver anexo 9	0	4-5
Hamilton (55) ver anexo 10	13 puntos	10 puntos
PPS (56) ver anexo 11	100 puntos	20 puntos

Tabla 9. Escalas. Elaboración propia. A partir de Ágelica Maritza Betancourt Suárez 2015.

8.2 Exploración física

El paciente estuvo asténico durante todo el proceso oncológico e hiporéxico. La pérdida de peso fue progresiva falleciendo con un peso de 62 kg. Padeció de neuropatía en diferentes grados desde el 17 de abril del 2012. Estuvo con gafas nasales debido a la oxigenoterapia desde el 9 de julio del 2013 debido a la metástasis pulmonar que le provocó una disnea de mínimos esfuerzos. Disfagia que fue en aumento durante un año y medio, obligando al paciente a ir a una consulta de un especialista en nutrición debido a la localización del tumor.

No se palparon adenopatías al inicio, pero a partir del 21 de mayo del 2013 en el abdomen sí se palpaban adenopatías. Los ruidos peristálticos permanecieron presentes todo el momento. La auscultación cardiaca no varió, en cambio la pulmonar era normal al inicio y más adelante se escuchaban roncus. No hubo signos de TVP, ni ascitis.

El paciente y la familia eran conocedores del diagnóstico y pronóstico en todo momento, el paciente entró en el programa de cuidados paliativos el 20 de noviembre del 2012.

8.3 NANDA/NOC/NIC (57)

Diagnóstico	Objetivos	Intervención
Ansiedad [00146] manifestado por cambios en los episodios vitales relacionado con estresores	Nivel de miedo [1210] Conducta de evitación	Presencia [5340] Mostrar actitud de aceptación. Dar a ver la empatía/compreensión. Relación de confianza con el paciente Escuchar al paciente. Respetar los silencios. Estar físicamente como elemento de ayuda.
Ansiedad ante la muerte [00147] manifestado por separación de los seres queridos relacionado con consciencia de muerte inminente	Nivel de ansiedad [1211]	Apoyo emocional [5270] Comentar experiencia emocional Afirmaciones empáticas/apoyo al paciente. Ayudar a reconocer sentimientos de ansiedad, tristeza, ira... Comentar las posibles consecuencias de no expresarse. Ayudar en la toma de decisiones. Remitir si precisa.
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud [00188] manifestado por tabaquismo relacionado con uso inadecuado de sustancias	Creencias sobre la salud: percepción de control [1702]	Modificación de la conducta [4360] Determinar la motivación del paciente para un posible cambio de conducta.

		Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias. Animar al paciente a que examine su propia conducta. Identificar el problema del paciente en términos de conducta. Identificar conducta a cambiar.
Conocimientos deficientes [00126] manifestado por seguimiento inadecuado de las instrucciones relacionado con participación inadecuada en la planificación del cuidado	Conocimiento: manejo del cáncer [1833]	Enseñanza procedimiento/tratamiento [5618] Informar de cuando y donde serán los procedimientos. Reforzar la confianza del paciente con el personal. Informa del procedimiento/tratamiento. Describir actividades previas al tratamiento. Explicar la necesidad de ciertos equipos. Dar un tiempo de dudas.
	Conocimiento: manejo del dolor [1843]	Control de la medicación [2395] Uso de herramientas para obtener toda la información acerca de fármacos que sea necesaria. Determinar ultima dosis. Controlar medicación en ingresos.

		Enseñar a la familia y paciente como mantener un buen control de fármacos.
Sobrepeso [00233] manifestado por índice de masa corporal mayor de 25kg/m ² relacionado con patrones anormales de la conducta alimentaria	Conocimiento: dieta saludable [1854]	Manejo del peso [1260] Determinar el peso corporal ideal para el paciente. Animar al paciente a una correcta hidratación. Comunicar los problemas médicos que puede desencadenar el sobrepeso. Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del paciente. Comentar con el individuo hábitos, costumbres, factores culturales y hereditarios que afectan a su peso.
Deterioro de la dentición [00048] manifestado por pérdida de piezas dentales relacionado con conocimiento inadecuado sobre la salud bucal	Conducta de abandono del tabaco [1625]	Asesoramiento [5240] Reforzar otras habilidades. Favorecer otras habilidades. Establecer metas. Favorecer expresión de sentimientos. Identificar con el paciente lo que se puede hacer por él.
	Consumo de tabaco [1906]	Educación para la salud [5510] Ver preferencias, costes y accesibilidad del consumidor. Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.

		Uso de estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.
Deterioro de la deglución [00103] manifestado por obstrucción mecánica relacionado con problemas de la conducta de alimentación	Estado de la deglución [1010]	Manejo de la nutrición [1100] Identificar alergias e intolerancias. Ver preferencias. Monitorizar pérdidas de peso. Derivar a servicios necesarios.
	Estado de la deglución fase oral [1012]	Terapia de deglución [1860] Control del peso. Consultar con el/la médico/terapeuta para avanzar de forma gradual en la consistencia. Corroborar consistencia adecuada para el paciente. Dar instrucciones escritas. Enseñar modificaciones nutricionales a paciente y familia.
	Severidad de las náuseas y vómitos [2107]	Manejo del vómito [1570] Pesar al paciente con regularidad. Fomentar el descanso. Control equilibrio electrolítico. Aumento higiene oral. Proporcionar alivio durante el episodio.

		Conseguir historial dietético completo.
	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos [1008]	Terapia de deglución [1860] Control del peso. Consultar con el médico/terapeuta para avanzar de forma gradual en la consistencia. Corroborar consistencia adecuada para el paciente. Dar instrucciones escritas. Enseñar modificaciones nutricionales a paciente y familia.
Deterioro de la integridad de la membrana bucal [00045] manifestado por descamación relacionado con quimioterapia	Conocimiento: manejo del cáncer [1833]	Manejo de la quimioterapia [2240] Educación para el uso de nistatina. Educar sobre signos de infección bucal.
Deterioro de la integridad tisular [00044] manifestado por disminución de la fuerza muscular relacionado con malnutrición	Estado nutricional [20404]	Manejo de la energía [0180] Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. Controlar ingesta nutricional. Negociar los horarios de las comidas. Controlar la administración de sedantes.
Deterioro de la bipedestación [00238] manifestado por dificultada para conseguir el equilibrio postural relacionado con fuerza muscular insuficiente	Conducta de pérdida de peso [1627]	Enseñanza: proceso de enfermedad [5602] Explicar fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología.

		Revisar el conocimiento sobre su afección. Identificar cambios en el paciente. Dar seguridad al enfermo. Proporcionar información a la familia. Describir posibles complicaciones crónicas. Remitir al paciente a grupos/servicios pertinentes.
Riesgo de déficit del volumen de líquidos [00028] relacionado con masa muscular insuficiente	Control del riesgo [1902]	Enseñanza individual [5606] Incluir a la familia. Relación de confianza con el paciente. Ajustar contenido e información. Valorar capacidad, nivel actual, estilo, nivel educativo del paciente.
Riesgo de aspiración [00039] manifestado por dificultad en la deglución	Control de náuseas y vómitos [1618]	Precauciones para evitar la aspiración [3200] Control del estado pulmonar. Colocarse de la manera más erguida posible al comer. Dar alimentos y medicación en pequeñas cantidades.
Riesgo de desequilibrio electrolíticos [00195] relacionado con vómitos	Equilibrio electrolítico [0606]	Monitorización de electrolitos [2020] Vigilar nivel sérico, albúmina, proteínas totales, osmolaridad, urea,

		magnesio, fuerza muscular y posibles desequilibrios ácido-base. Reconocer ese desequilibrio. Administrar suplementos si precisa. Educar si presencia de síntomas compatibles con un desequilibrio.
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales [00002] manifestado por peso corporal por debajo del rango ideal de peso según edad y sexo relacionado con dificultad en la deglución.	Estado de deglución [1010]	Terapia de deglución [1860] Control del peso. Consultar con el/la médico/terapeuta para avanzar de forma gradual en la consistencia. Corroborar consistencia adecuada para el paciente. Dar instrucciones escritas. Enseñar modificaciones nutricionales a paciente y familia. Enseñanza individual [5606] Incluir a la familia. Relación de confianza con el paciente. Ajustar contenido e información. Valorar capacidad, nivel actual, estilo, nivel educativo del paciente.
Incontinencia urinaria de esfuerzo [00017] manifestado por pérdida de	Control de síntomas [1608]	Mejora de la autoconfianza [5395]

orina al estornudar relacionado con incompetencia del esfínter urinario		Ver la percepción del individuo en los riesgos, beneficios y capacidad de desarrollar la conducta. Dar información a cerca de ls cambios y conducta a trabajar. Reforzar la confianza. Dar refuerzo positivo y apoyo emocional preparando al paciente para nuevos estados fisiológicos y emocionales que podrá experimentar.
Estreñimiento funcional crónico [00235] manifestado por menos de tres defecaciones semanales relacionado con preparaciones farmacológicas	Conocimiento: medicación [1808]	Administración analgésicos [2210] Educar paciente/familia sobre efectos adversos y como paliarlos. Evaluar la eficacia.
Diarrea [00013] manifestado por preparaciones farmacológicas	Hidratación [0602]	Reposición de líquidos [4140] Monitorizar respuesta hemodinámica. Administrar líquido IV si precisa. Observar sobrecarga de líquidos. Monitorizar eliminación de líquidos, edema pulmonar y formación de un tercer espacio.

Dolor agudo [00132] manifestado por conducta expresiva relacionado con agentes lesivos biológicos	Control de síntomas [1608]	Enseñanza individual [5606] Incluir a la familia. Relación de confianza con el paciente. Ajustar contenido e información. Valorar capacidad, nivel actual, estilo, nivel educativo del paciente.
	Conocimiento: manejo del dolor [1843]	Manejo ambiental: confort [6482] Colocar al paciente en una posición confortable utilizando diferentes recursos. Ajustar la iluminación, evitar exposiciones innecesarias y ofrecer elección al paciente. Ambiente tranquilo y facilitar el descanso.
	Control del dolor [1605]	Administración de la medicación [2300] Evitar interrupciones en la administración. Verificar la receta en la administración de diferentes fármacos. Comprobar posibles interacciones entre medicamentos. Observar fecha de caducidad del fármaco.

		Enseñar al paciente sobre efectos adversos de los distintos medicamentos.
	Nivel del dolor [2102]	Administración de medicamentos vía oral [2304] Seguir los principios de administración. Ver el nivel de conocimiento del paciente a cerca del fármaco y contraindicaciones. Comprobar interacciones. Tritura/mezclar medicamentos con comida o líquidos si precisa.
Insomnio [00095] manifestado por ciclo sueño-vigilia no reparador relacionado con uso inadecuado de sustancias	Respuesta a la medicación [2301]	Administración de la medicación [2300] Evitar interrupciones en la administración. Verificar la receta en la administración de diferentes fármacos. Comprobar posibles interacciones entre medicamentos. Observar fecha de caducidad del fármaco.

		Enseñar al paciente sobre efectos adversos de los distintos medicamentos.
Disminución de la tolerancia de la actividad [00298] manifestado por disnea de esfuerzo relacionado con desequilibrio demanda/aporte	Tolerancia a la actividad [0005]	Oxigenoterapia [3320] No fumar. Mantener vía aérea permeable. Educar a cerca de cómo preparar y administrar oxigenoterapia en domicilio. Vigiar flujo. Controlar eficacia de oxigenoterapia. Comprobar tolerancia del paciente. Observar signos de intoxicación, lesiones o hipoventilación. Cambiar el dispositivo si precisa por mayor comodidad.
Fatiga [00093] manifestado por cansancio relacionado con neoplasias	Nivel de fatiga [0007]	Manejo de la energía [0180] Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. Controlar ingesta nutricional. Negociar los horarios de las comidas. Controlar la administración de sedantes.

	Descanso [0003]	Terapia de relajación [6040] Explicar los beneficios de la relajación y enseñar distintas técnicas. Explorar el uso pasado de diferentes técnicas y si alguna ha dado resultado. Uso de manera complementaria a fármacos. No molestar al paciente. Fomentar el uso de diferentes técnicas. Demostración de distintas técnicas.
Deterioro del intercambio de gases [00030] manifestado por hipoxia relacionado con patrón respiratorio ineficaz	Signos vitales [0802]	Mejora de la tos [3250] Animar y enseñar al paciente a realizar respiraciones profundas. Potenciar la hidratación.
Deterioro de la movilidad física [00085] manifestado por temblor inducido por el movimiento relacionado con disminución de la fuerza muscular	Forma física [2004]	Manejo de la energía [0180] Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. Controlar ingesta nutricional. Negociar los horarios de las comidas. Controlar la administración de sedantes.
Riesgo de sangrado [00206] relacionado con problema gastrointestinal	Conocimiento: manejo del cáncer [1833]	Orientación anticipatoria [5210] Involucrar a la familia cuando sea posible.

		Proporcionar número de teléfono al paciente si fuera posible. Proporcionar diferentes herramientas. Ensayar las técnicas necesarias para afrontar las diferentes situaciones.
Riesgo de caídas del adulto [00303] relacionado con hipotensión ortostática	Control del riesgo: caídas [1939]	Prevención de caídas [6490] Instruir al paciente que pida ayuda. Preguntar al paciente por su percepción del equilibrio. Identificar conductas y factores que aumenten el riesgo.
		Manejo de la hipotensión [4175] Evaluar los signos vitales adecuados para así evitar futuras complicaciones. Fomentar la modificación del estilo de vida. Educar al paciente/familia para que comuniquen un empeoramiento de la PA. Vigilar complicaciones. Dejar de tomar medicamentos que predispongan la hipotensión. Realizar diferentes pruebas si precisa.
	Conducta de prevención de caídas [1909]	Identificación de riesgo [6610] Registro de caídas.

		Identificar riesgos biológicos, ambientales, conductuales y sus interrelaciones. Instruir sobre los factores de riesgo.
--	--	--

Tabla 10. Diagnóstico, objetivos e intervenciones de enfermería. Elaboración propia. A partir de NNNConsult.

Bibliografía

- (1) Cáncer de esófago - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica.
- (2) ¿Qué es el cáncer de esófago? Available at: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-esofago/acerca/que-es-cancer-de-esofago.html>. Accessed Jan 23, 2023.
- (3) Definición de linfangitis carcinomatosa - Diccionario de cáncer del NCI - NCI. 2011; Available at: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/linfangitis-carcinomatosa>. Accessed Jan 18, 2023.
- (4) Cáncer de esófago - Trastornos gastrointestinales. Manual MSD versión para profesionales .
- (5) Cancer statistics, 2020 - Siegel - 2020 - CA: A Cancer Journal for Clinicians - Wiley Online Library.
- (6) Oesophageal cancer – IARC.
- (7) Epidemiology of esophageal cancer in 2020 and projections to 2030 and 2040 - Liu - 2023 - Thoracic Cancer - Wiley Online Library.
- (8) Li H, Sun D, Cao M, He S, Zheng Y, Yu X, et al. Risk prediction models for esophageal cancer: A systematic review and critical appraisal. *Cancer medicine* (Malden, MA) 2021 Oct;10(20):7265-7276.
- (9) Xie S, Lagergren J. A model for predicting individuals' absolute risk of esophageal adenocarcinoma: Moving toward tailored screening and prevention. *International Journal of Cancer* 2016 Jun 15;;138(12):2813-2819.
- (10) Wang H, Xuan T, Chen Y, Yu H, Gu T, Zhou G, et al. Investigative therapy for advanced esophageal cancer using the option for combined immunotherapy and chemotherapy. *Immunotherapy* 2020 -07;12(10):697-703.
- (11) Bang CS, Lee JJ, Baik GH. Computer-aided diagnosis of esophageal cancer and neoplasms in endoscopic images: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy. *Gastrointestinal endoscopy* 2021 May;93(5):1006-1015.e13.
- (12) Chidambaram, S., Sounderajah, V., Maynard, N., & Markar, S. R. Diagnostic Performance of Artificial Intelligence-Centred Systems in the Diagnosis and Postoperative Surveillance of Upper Gastrointestinal Malignancies Using Computed Tomography Imaging: A Systematic Review and Meta-Analysis of Diagnostic Accuracy. 2021 Nov 11.:1-14.
- (13) Zhenwei Shi # 1 2 3, Zhen Zhang # 4 5, Zaiyi Liu 6 7, Lujun Zhao 8, Zhaoxiang Ye 9, Andre Dekker 10, Leonard Wee. Methodological quality of machine learning-based quantitative imaging analysis studies in esophageal cancer: a systematic review of clinical outcome prediction after concurrent chemoradiotherapy. . 2022 Jul.
- (14) Diagnostic Performance of Artificial Intelligence-Centred Systems in the Diagnosis and Postoperative Surveillance of Upper Gastrointestinal Malignancies Using Computed Tomography Imaging: A Systematic Review and Meta-Analysis of Diagnostic Accuracy. 2022:1977-1990.

(15) Wang Z, Zhou Z, Chen Y, Li X, Sun Y. Support Vector Machines Model of Computed Tomography for Assessing Lymph Node Metastasis in Esophageal Cancer with Neoadjuvant Chemotherapy. *Journal of Computer Assisted Tomography* 2017 May/June;41(3):455.

(16) Etapas del cáncer de esófago.

(17) Li J, Ma S. History and current situation of neoadjuvant treatment for locally advanced esophageal cancer. *Thorac Cancer* 2021 -9;12(17):2293-2299.

(18) Efficacy and safety of re-irradiation for locoregional esophageal squamous cell carcinoma recurrence after radiotherapy: a systematic review and meta-analysis | *Radiation Oncology* | Full Text.

(19) The efficacy and safety of proton, carbon ion and TOMO radiotherapy for esophageal cancer: A systematic review and meta-analysis - *ScienceDirect*.

(20) Luo D, Zhong Q, Zhu X. The impact of radiation dose on the efficacy of definitive chemoradiotherapy in patients with locally advanced esophageal carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Biology & Therapy* 2023 -12-31;24(1):1-10.

(21) INT 0123 (Radiation Therapy Oncology Group 94-05) Phase III Trial of Combined-Modality Therapy for Esophageal Cancer: High-Dose Versus Standard-Dose Radiation Therapy | *Journal of Clinical Oncology*.

(22) Luo D, Zhong Q, Zhu X. The impact of radiation dose on the efficacy of definitive chemoradiotherapy in patients with locally advanced esophageal carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Biol Ther* ;24(1):1-10.

(23) Qian J, Tong Z, Zhang Y, Chen C. Platinum versus immunotherapy for unresectable esophageal cancer: A protocol for systematic review and meta analysis. *Medicine* 2020 December 18;;99(51):e23537.

(24) Omitting surgery in esophageal cancer patients with complete response after neoadjuvant chemoradiotherapy: a systematic review and meta-analysis | *Radiation Oncology* | Full Text.

(25) Donlon NE, Davern M, O'Connell F, Sheppard A, Heeran A, Bhardwaj A, et al. Impact of radiotherapy on the immune landscape in oesophageal adenocarcinoma. *World J Gastroenterol* 2022 -6-7;28(21):2302-2319.

(26) Wang Z, Shao C, Wang Y, Duan H, Pan M, Zhao J, et al. Efficacy and safety of neoadjuvant immunotherapy in surgically resectable esophageal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* 2022 -08;104:106767.

(27) Donlon NE, Davern M, O'Connell F, Sheppard A, Heeran A, Bhardwaj A, et al. Impact of radiotherapy on the immune landscape in oesophageal adenocarcinoma. *World Journal of Gastroenterology* 2022 Jun 7;;28(21):2302-2319.

(28) Kamposioras K, Ntellas P, Nikolaou M, Germetaki T, Gazouli I, Dadouli K, et al. Immunotherapy Efficacy in the Initial Lines of Treatment in Advanced Upper Gastrointestinal Malignancies: A Systematic Review of the Literature. *JNCI Cancer Spectrum* 2021 December 1;;5(6):pkab088.

- (29) Mimura K, Yamada L, Ujiie D, Hayase S, Tada T, Hanayama H, et al. Immunotherapy for esophageal squamous cell carcinoma: a review. *Fukushima J Med Sci* 2018;64(2):46-53.
- (30) Immunotherapy in Esophagogastric Cancer – Hematology & Oncology.
- (31) Zhang J, Wang H, Wu H, Qiang G. The Functionalities and Clinical Significance of Tumor-Infiltrating Immune Cells in Esophageal Squamous Cell Carcinoma. *Biomed Res Int* 2021;2021:8635381.
- (32) Yu R, Wang W, Li T, Li J, Zhao K, Wang W, et al. RATIONALE 311: tislelizumab plus concurrent chemoradiotherapy for localized esophageal squamous cell carcinoma. *Future Oncology* 2021 November 1,;17(31):4081-4089.
- (33) Hong Z, Gao L, Weng K, Huang Z, Han W, Kang M. Safety and Feasibility of Esophagectomy Following Combined Immunotherapy and Chemotherapy for Locally Advanced Esophageal Squamous Cell Carcinoma: A Propensity Score Matching Analysis. *Front Immunol* 2022;13:836338.
- (34) Zhang W, Yan C, Zhang T, Chen X, Dong J, Zhao J, et al. Addition of camrelizumab to docetaxel, cisplatin, and radiation therapy in patients with locally advanced esophageal squamous cell carcinoma: a phase 1b study. *Oncoimmunology* 2021;10(1):1971418.
- (35) Ge F, Huo Z, Cai X, Hu Q, Chen W, Lin G, et al. Evaluation of Clinical and Safety Outcomes of Neoadjuvant Immunotherapy Combined With Chemotherapy for Patients With Resectable Esophageal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2022 -11-01;5(11):e2239778.
- (36) Wei T, Ti W, Song Q, Cheng Y. Study of PD-1 Inhibitors in Combination with Chemoradiotherapy/Chemotherapy in Patients with Esophageal Squamous Carcinoma. *Curr Oncol* 2022 -04-20;29(5):2920-2927.
- (37) Resection of oesophageal and oesophagogastric junction cancer liver metastases — a summary of current evidence | SpringerLink.
- (38) Van Daele E, Scuderi V, Pape E, Van de Putte D, Varin O, Van Nieuwenhove Y, et al. Long-term survival after multimodality therapy including surgery for metastatic esophageal cancer. *Acta Chirurgica Belgica* 2018 -07-04;118(4):227-232.
- (39) Kim S, DiPeri TP, Guan M, Placencio-Hickok VR, Kim H, Liu J, et al. Impact of palliative therapies in metastatic esophageal cancer patients not receiving chemotherapy. *World J Gastrointest Surg* 2020 -09-27;12(9):377-389.
- (40) Jorrit L. Opstelten,1,2 Laetitia R. H. de Wijkerslooth,3 Max Leenders,1 Dirk Jan Bac,4 Menno A. Brink,3 Boudewijn C. A. J. Loffeld,5 Marielle J. F. Meijnen-Bult, " 6 Itta M. Minderhoud,7 Marc A. M. T. Verhagen,8 Martijn G. H. van Oijen,1 Peter D. Siersema1. Variation in palliative care of esophageal cancer in clinical practice: factors associated with treatment decisions. *International Society for Diseases of the Esophagus* 2017;30:7.
- (41) Kimberly L. Quinn. Esophageal cancer: Therapeutic approaches and nursing care. Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD, USA 1999 Feb,;10.
- (42) Antonio A. Arribas Cachá. Observatorio de Metodología Enfermera.

(43) Rivas Cilleros E, López Alonso JC, Fernández Rodríguez Á, Rodríguez Fernández P, Rivas Cilleros E, López Alonso JC, et al. Valoración por Patrones Funcionales en alumnado con Necesidades Educativas Especiales por motivos de salud. Index de Enfermería 2021 09;30(3):239-243.

(44) Calculadora del índice de masa corporal (IMC). Available at: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/calculadora-del-indice-de-masa-corporal-imc/>. Accessed Mar 5, 2023.

(45) Ángelica Maritza Betancourt Suárez. Desarrollo de una escala numérica para clasificar grados de caquexia en cáncer Universitat de Barcelona; 2015.

(46) Cuestionarios, Test E índices De Valoración Enfermera En Formato Para Uso Clínico - EnfermeriaAPS. 2015; Available at: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/cuestionarios-test-e-indices-de-valoracion-enfermera-en-formato-para-uso-clinico>. Accessed Mar 5, 2023.

(47) González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. Gerokomos 2017;28(4):184-188.

(48) Romanos Calvo B, Casanova Cartié N, Romanos Calvo B, Casanova Cartié N. La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. Gerokomos 2017 00;28(4):194-199.

(49) Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública 1997 03;71(2):127-137.

(50) Rubiales E. Índice de Katz (Valoración actividades vida diaria).

(51) Amparo Machancoses, Primo Rafael Pitarch flors. Karnofsky and ECOG. 2022; Available at: <https://www.rccc.eu/ppc/indicadores/karnofski.html>. Accessed Apr 27, 2023.

(52) Escala de Downton. Enfermería Creativa 2019 -07-08T12:54:58+00:00.

(53) Farreras R. Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación. ; 2017.

(54) Escala visual analógica del dolor. Sergas.

(55) Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y Depresión. Available at: http://www.actad.org/actad_cas/test_cas/test_hamilton.php. Accessed Apr 27, 2023.

(56) Miguel Ángel Sancho Zamoraa,* , María Nieves Plana b , Javier Zamora b , Lourdes Rexach Canoa , Isabel Canada ~ Millas a , Alicia Díaz Álvaroa y Ana. Supervivencia, según la Palliative Performance Scale, de pacientes oncológicos trasladados a unidades de cuidados paliativos de media estancia por un equipo de soporte hospitala. 2012:6.

(57) NNNConsult.

ANEXOS

Anexo 1. Test de Fagerström

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	>60 minutos	0
¿Encuentras dificultades para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine, iglesia...)?	Sí	1
	No	0
¿A que cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma si está tan enfermo estando en la cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

Tabla 11. Dependencia tabaco. Elaboración propia. A partir de K. Fagerström 1978.

Anexo 2. Escala Norton

Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencia	
Bueno	4	Alerta	4	Total	4	Ambulante	4	Total	4
Mediano	3	Apático	3	Disminuida	3	Camina con ayuda	3	Disminuida	3
Regular	2	Confuso	2	Muy limitada	2	Sentado	2	Muy limitada	2
Muy malo	1	Estupor/coma	1	Inmóvil	1	Encamado	1	Inmóvil	1

Tabla 12. Riesgo ulcera por presión. Elaboración propia. A partir de D.Norton 1962

Anexo 3. Escala de Barthel

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar alimento, extender la mantequilla...	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente	5
	Dependiente	0
Continencia fecal	Continente	10
	Algún episodio de incontinencia	5
	Incontinencia	0
Continencia urinaria	Continente	10
	Algún episodio de incontinencia	5
	Incontinencia	0
Traslado	Independiente	15
	Minina ayuda	10
	Gran ayuda	5
	Dependiente	0
Aseo	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente	10
	Necesita ayuda/supervisión	5
	No deambula	0

Tabla 13. Actividades básicas de la vida diaria. Elaboración propia. A partir de Mahoney y

Anexo 4. índice de Katz

Pregunta	Respuesta	Puntos
Baño	Independiente	1
	Dependiente	0
Vestido	Independiente	1
	Dependiente	0
Uso del sanitario	Independiente	1
	Dependiente	0
Transferencias	Independiente	1
	Dependiente	0
Continencia	Independiente	1
	Dependiente	0
Alimentación	Independiente	1
	Dependiente	0

Tabla 14. Independencia del paciente. Elaboración propia. A partir de S. Katz 1963

Anexo 5. Índice de Lawton y Brody

Capacidades	Aspecto a evaluar	Puntuación
Uso del móvil	Independiente	1
	Marca bien algunos números telefónicos	1
	Contesta bien pero no marca	1
	Incapaz	0
Compras	Independiente	1
	Independiente para algunas compras de ropa	0
	Compañía para cualquier compra de ropa	0
	Incapaz	0
Cocinar	Independiente	1
	Prepara comida si se le dan los ingredientes	0
	Prepara, calienta y sirve la comida, pero no lleva una dieta saludable	0
	Incapaz	0
Casa	Independiente	1
	Realiza tareas sencillas, como lavar los platos	1
	Realiza tareas sencillas, no adecuado nivel de limpieza	1
	Necesita ayuda en todas las labores	1
	Incapaz	0
Lavar ropa	Independiente	1
	Lava pequeñas prendas	1
	Incapaz	0
Trasporte	Independiente	1
	Capaz de coger un taxi, nada más	1
	Viaja acompañado	1
	Solo utiliza taxi y coche acompañado	0
	No viaja	0
Medicación	Independiente	1
	Toma su medicación preparada con	0

	antelación	
	Incapaz	0
Economía	Independiente	1
	Necesita ayuda en grandes compras	1
	Incapaz	0

Tabla 15. Capacidad funcional. Elaboración propia. A partir de H.P. Lawton y E.M. Brody 1969.

Anexo 6. Escala de Karnofsky

Estado del paciente	Puntuación
Normal, sin quejas, no indicios de enfermedad.	100
Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.	90
Actividades normales con esfuerzo, con algún signo y síntoma de la enfermedad.	80
Capaz de cuidarse, incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.	70
Requiere atención ocasional, puede cuidarse el mismo.	60
Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día	50
Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.	40
Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.	30
Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.	20
Moribundo.	10
Fallecido.	0

Tabla 16. Pronóstico del paciente. Elaboración propia. A partir de D.A. Karnofsky, W.H. Abelman y L.F. Graver 1948

Anexo 7. Escala de Downton

Aspecto a valorar	Respuesta	Puntos
Caídas previas	Sí	1
	No	0
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizante/sedante	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Deambula con ayuda	1
	Insegura con/sin ayuda	1
	Imposible	1

Tabla 17. Riesgo de caídas. Elaboraci3n propia. A partir de J.H.Downton 1993.

Anexo 8. Escala de Glasgow

Aspecto a valorar	Respuesta	Puntuación
Ocular	Espontánea	4
	Orden verbal	3
	Orden dolorosa	2
	No responde	1
Verbal	Consciente y orientado	5
	Desorientado y hablando	4
	Palabras incomprensibles	3
	Sonidos incomprensibles	2
	No respuesta	1
Motora	Obedece	6
	Localiza dolor	5
	Retirada y flexión	4
	Flexión anormal	3
	Extensión	2
	No responde	1

Tabla 18. Consciencia. Elaboración propia. A partir de G. Teasdale y B. Jennett 1974.

Anexo 9. Escala EVA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor										Máximo dolor

Tabla 19. Dolor. Elaboración propia. A partir de Scott y Huskisson 1976.

Anexo 10. Escala de Hamilton

Síntomas	Ausente	Leve	Moderado	grave	Incapacitante
Preocupaciones, anticipaciones de lo peor, irritabilidad...	0	1	2	3	4
Tensión	0	1	2	3	4
Temor	0	1	2	3	4
Insomnio	0	1	2	3	4
Capacidad de concentración	0	1	2	3	4
Estado de ánimo deprimido	0	1	2	3	4
Molestias musculares generales	0	1	2	3	4
Síntomas sensoriales generales	0	1	2	3	4
Síntomas cardiovasculares	0	1	2	3	4
Síntomas respiratorios	0	1	2	3	4
Síntomas gastrointestinales	0	1	2	3	4
Síntomas autónomos	0	1	2	3	4
Comportamiento	0	1	2	3	4

Tabla 20. Ansiedad. Elaboración propia. A partir de M.Hamilton 1960.

Anexo 11. *Paliative Performance Scale (PPS)*

Deambulaci3n	Actividad evidencia enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia	Puntos
Completa	Actividad normal Sin evidencia de enfermedad	Completa	Normal	Normal	100
Completa	Actividad normal Alguna evidencia de enfermedad	Completa	Normal	Normal	90
Completa	Actividad normal con esfuerzo Alguna evidencia de enfermedad	Completa	Normal/reducida	Normal	80
Reducida	Incapaz actividad laboral Alguna evidencia de enfermedad	Completa	Normal/reducida	Normal	70
Reducida	Incapaz actividad en domicilio Enfermedad significativa	Precisa considerable asistencia	Normal/reducida	Normal/s3ndrome confusional	60

Cama/sillón	Incapaz de realizar cualquier tipo de actividad Enfermedad extensa	Precisa considerable asistencia	Normal/reducida	Normal/síndrome confusional	50
Mayor parte del tiempo en cama	Incapaz de realizar cualquier tipo de actividad Enfermedad extensa	Precisa ayuda para casi todas las actividades	Normal/reducida	Normal/síndrome confusional/somnoliento	40
Encamado	Incapaz de realizar cualquier tipo de actividad Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Reducida	Normal/síndrome confusional/somnoliento	30
Encamado	Incapaz de realizar cualquier tipo de actividad Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Bebe a sorbos	Normal/síndrome confusional/somnoliento	20
Encamado	Incapaz de realizar cualquier tipo de actividad Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Cuidados de la boca	Somnoliento/coma	10
Exitus					0

Tabla 21. Pronóstico. Elaboración propia. A partir de Anderson 1996.